



2023 – 2024

Guía de Decisiones de Beneficios



Mercer Marketplace 365+SM

If you need to speak to a representative in another language, please contact the call center and ask for a translator.

Si necesita hablar con un representante en otro idioma, comuníquese con el centro de llamadas y pida hablar con un intérprete.

Inscripción Abierta:
12 – 26 de mayo de 2023

Vigencia de beneficios:
del 1 de julio de 2023
al 30 de junio de 2024



Qué esperar durante las elecciones de beneficios para 2023 – 2024:

Elija sus beneficios del 12 al 26 de mayo

Elecciones de beneficios para 2023 - 2024:

- Puede elegir o cambiar sus beneficios para el año del plan 2023 – 2024 durante la Inscripción Abierta (OE) del 12 al 26 de mayo.

Cambios después de la Inscripción Abierta:

- Usted puede realizar cambios en algunos de sus beneficios en 2023 – 2024 si le ocurre un Evento de vida calificado (QLE), como casarse o tener un bebé. Tiene que hacer el cambio dentro de los 30 días siguientes al evento.
- Si es un nuevo empleado durante o después de la Inscripción Abierta y sus beneficios entran en vigor en 2022 – 2023, o experimenta un QLE o un cambio de condición, tendrá que hacer las actualizaciones de sus beneficios de 2022 – 2023 y 2023 – 2024 siguiendo los enlaces para cada año en su página web de inscripción.
- Puede inscribirse durante todo el año en el seguro para mascotas, en los beneficios de transporte y en el seguro de automóvil y vivienda.

He aquí cómo funciona



Visite Mercer Marketplace 365+ en www.mercermarketplace365plus.com/ultradent para obtener apoyo personalizado que le guíe en el proceso de inscripción.



Conteste algunas preguntas breves para recibir la orientación de Expert Guidance y crear un paquete de beneficios personalizado.



Seleccione el paquete de beneficios creado para usted, personalícelo más para que se adapte mejor a sus necesidades y presupuesto, o cree su propio paquete.

¿Qué ocurre si no me inscribo?

- Si no se inscribe o realiza actualizaciones antes del 26 de mayo, se le inscribirá automáticamente en su cobertura actual, excepto en las elecciones de cuentas de gastos y ahorros.
- Las elecciones de cuentas de ahorros para gastos de cuidado de la salud y las cuentas de gastos flexibles, combinadas, para cuidado de dependientes y para gastos de transporte no se transfieren de un año al siguiente. Es necesario hacer una nueva elección cada año para participar.
- Es necesario inscribirse en la Cuenta de ahorros para gastos médicos para 2023 – 2024 durante la Inscripción Abierta para poder recibir las contribuciones de su empleador.

Si usted (y/o sus dependientes) tienen Medicare o serán elegibles para Medicare en los próximos 12 meses, hay una ley federal que les ofrece más opciones de cobertura de medicamentos con receta. Consulte el “Aviso sobre Cobertura acreditable de medicamentos con receta y Medicare” en “Avisos Legales” al final de este folleto para obtener más detalles.



Contenido

Su inscripción	
Cómo inscribirse.....	4
Novedades para 2023 – 2024	5
Beneficios de salud	
Cobertura médica y de medicamentos con receta.....	6
Cuentas de gastos y de ahorros	13
Seguro médico suplementario	16
Mercer Marketplace 365+ HUB	17
Seguro dental	18
Seguro de cuidado de la vista	19
Tasas de contribución del empleado	20
Protección Financiera	
Seguro de vida y AD&D	21
Seguro de vida permanente.....	22
Seguro de incapacidad	23
Beneficios adicionales	
Protección contra robo de identidad.....	24
Plan de ayuda legal	24
Beneficios de transporte.....	24
Seguro de automóvil y vivienda	25
Seguro de mascotas	25
Programa de descuentos para mascotas	25
Online Discount Mall.....	26
Información importante	
Información de contactos	27
Beneficios externos	28
Avisos legales	29



¿Tiene preguntas?

Mercer Marketplace 365+ está listo para ayudarlo a entender sus opciones y tomar las decisiones correctas según sus necesidades y presupuesto.

www.mercermarketplace365plus.com/ultradent

CHAT

Haga clic para chatear

Hay un asistente virtual disponible a toda hora o puede chatear directamente con un asesor de beneficios disponible de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m., hora del Este



Teléfono

844-344-8830

Hay consejeros de beneficios disponibles de lunes a viernes, de 7 a.m. a 9 p.m., hora del Este

Esta Guía de decisiones de beneficios proporciona una descripción general de los beneficios disponibles para los empleados elegibles y sus dependientes. No debe ser considerada como un documento legal vinculante. En caso de discrepancia, los documentos oficiales del plan regirán en todos los casos.



¿Cómo inscribirse?

Visite www.mercermarketplace365plus.com/ultradent para comenzar su inscripción

- La primera vez que visite el sitio web de Mercer Marketplace 365+, seleccione "Get Started" (Comenzar) y siga las instrucciones para inscribirse.
- Si ya se ha inscrito previamente en los beneficios del sitio web de Mercer Marketplace 365+, use el nombre de usuario y la contraseña que creó en el pasado para iniciar sesión.

Autenticación multifactorial (Multi-factor Authentication, MFA)

La seguridad de su información es esencial, y por ese motivo utilizamos la autenticación multifactorial.

- MFA combina su nombre de usuario y contraseña con funciones de seguridad adicionales para confirmar su identidad y mantener su información segura.
- Como parte del proceso de inscripción, se le solicitará que proporcione los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social (SSN), su apellido, fecha de nacimiento y código postal.
- Una vez verificada la información anterior, se le pedirá que elija el correo electrónico y/o el número de teléfono que proporcionó a Ultradent Products, Inc. Se enviará un código de verificación al dispositivo que haya seleccionado. A continuación, podrá completar el proceso de inscripción mediante la introducción del código.
- Si Ultradent Products, Inc. no nos ha proporcionado su correo electrónico o número de teléfono, tendrá que agregar una dirección de correo electrónico en este momento. Puede introducir un número de teléfono o de correo electrónico alternativo para utilizarlo en futuras verificaciones.
- Se le solicitará que pase por el proceso de código de verificación MFA cada vez que inicie sesión.

¿Necesita ayuda?

Si no tiene acceso a una computadora o necesita ayuda, puede inscribirse con un consejero de beneficios llamando al **844-344-8830**

Hay ayuda disponible por teléfono:
De lunes a viernes, de 7 a.m. a 9 p.m.
hora del Este

Expert Guidance

Utilice la herramienta de ayuda para la toma de decisiones Expert Guidance para obtener asesoramiento sobre los paquetes de atención médica que mejor se adaptan a usted y a su familia. Basta con contestar unas cuantas preguntas y se le pedirá que seleccione el paquete o que lo personalice aún más para que se adapte mejor a sus necesidades.

¿Cómo funciona Expert Guidance?

- Comienza con unas cuantas preguntas confidenciales en línea para conocerle mejor.
- Sus respuestas permiten a la herramienta Expert Guidance encontrar las mejores opciones para usted.



Novedades para 2023 – 2024

A continuación, se presentan las ofertas de cobertura actualizadas o nuevas para 2023 – 2024. En esta guía y en el sitio www.mercermarketplace365plus.com/ultradent se incluyen más detalles sobre los planes.



Planes médicos

- Se le ofrecerán los mismos planes médicos como el año pasado. Los planes SelectHealth ahora tendrán tres niveles de cobertura en lugar de dos. Consulte más detalles en la página 11.



Planes dentales

- Se le ofrecerán los mismos planes dentales del año pasado.



Planes de cuidado de la vista

- Se le ofrecerán los mismos planes de cuidado de la vista del año pasado.

Otros cambios

- El plan de incapacidad de corto plazo tendrá un período de espera menor antes de pagar los beneficios.
- La tienda FSA/HSA Store es un recurso nuevo a su disposición que le ayudará a explorar más maneras de gastar los saldos sobrantes de sus cuentas FSA y HSA. Consulte más detalles en la página 13.



Cobertura médica y de medicamentos con receta

La cobertura médica ofrece beneficios valiosos para ayudarle a permanecer sano y pagar por cuidados de la salud si usted o sus familiares cubiertos se enferman o lesionan.

¿Qué plan médico es el adecuado para usted?

Cuando se conecte en línea, tendrá dos opciones para navegar y seleccionar sus beneficios:

- Elija Expert Guidance para obtener un paquete personalizado elaborado para usted que puede personalizar aún más.
- Inscripción por beneficio individual: Tendrá una experiencia similar a la de comprar en línea, navegando por las diferentes categorías y agregando beneficios a su carrito de compras. ¡Solo tiene que hacer clic en “check out” cuando haya terminado!

Mientras se prepara, piense en:

- ¿Cuántos servicios de atención médica y que tipo de atención médica necesitó este año?
- ¿Espera usted que sus necesidades sean similares el próximo año?
- ¿Prefiere usted pagar menos de su cheque de nómina o menos gastos de su propio bolsillo cuando necesite atención médica?

¿Ha considerado un plan de salud con deducible alto?

Los planes de salud con deducible alto tienen menores primas y pueden tener como resultado menores costos médicos anuales. Estos planes ofrecen varias ventajas que le recompensan por tomar un rol activo en sus gastos de cuidado de atención médica.

- Menores deducciones del cheque de nómina: Esto le permite tener control sobre una mayor parte de su dinero
- Cuenta de ahorros con ventajas fiscales: Inscribirse y contribuir a una cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA) le ayuda a pagar su deducible y los gastos de su propio bolsillo
- Ultradent Products, Inc. contribuirá a su cuenta HSA para ayudarle con sus gastos de su propio bolsillo
- Beneficios comparables: Los cuidados preventivos dentro de la red siguen cubiertos al 100%

¿Necesita más cobertura?

Es posible que desee cobertura adicional que le pague beneficios directamente a usted para ayudarle a cubrir los deducibles y los gastos de su propio bolsillo.

Considere la posibilidad de combinar su cobertura médica con un seguro médico suplementario. Estos planes son un excelente complemento a su plan médico y pueden ayudarle a reducir el riesgo financiero asociado con las enfermedades y lesiones.

Dependiendo de su situación, quizá pueda ahorrar dinero al comprar un plan médico de menor costo y agregar uno o más planes suplementarios para una protección eficaz con un menor costo del plan. Consulte la sección pertinente a los planes médicos suplementarios para obtener más información.

Enfermedad grave

Accidentes

Indemnización hospitalaria



Cobertura médica y de medicamentos con receta

Palabras clave que usted debe conocer:

Coseguro: El porcentaje del cargo que **su plan pagará**, por lo general, después de que usted haya cubierto el deducible.

Copago: Una cantidad que **usted paga** por un servicio cubierto cada vez que utilice dicho servicio, que usualmente no se aplica para cubrir el deducible.

Deducible: La cantidad que **usted paga** antes de que el plan comience a pagar.

Gastos de su propio bolsillo: Gastos que **usted paga**, como los deducibles, los copagos y las cantidades restantes después de pagar el coseguro del plan.

Máximo de su propio bolsillo: La cantidad máxima que **usted paga** por los servicios cubiertos en un año (pueda que tenga que pagar sumas adicionales si recibe atención médica de un proveedor fuera de la red).

Uso de los proveedores dentro de la red

Usted ahorrará dinero al recibir atención de un proveedor dentro de la red. Para acceder a una lista de proveedores dentro de la red, haga clic en el enlace proporcionado en el sitio de inscripción de Mercer Marketplace 365+. El uso de un proveedor fuera de la red podría resultar en mayores gastos de su propio bolsillo.

Información útil sobre los máximos de deducibles y de gastos de su propio bolsillo

Al elegir la cobertura para algún miembro de su familia además de la suya propia, los máximos de deducibles y de gastos de su propio bolsillo son aplicados de manera diferente por los diferentes planes.

PLAN	DEDUCIBLE	MÁXIMO DE GASTOS DE SU PROPIO BOLSILLO
Plan con deducible de \$1,500 Plan con deducible de \$2,500	Se debe cubrir la totalidad del deducible familiar antes de que los beneficios comiencen a pagarse a cualquier miembro de la familia	Se debe alcanzar la totalidad del deducible familiar antes de que el plan pague costos completos para cualquier miembro de la familia
Plan con deducible de \$800	Una vez que un miembro de la familia cumpla con el deducible Individual, los beneficios comenzarán a pagarse a esa persona	Una vez que un miembro de la familia alcance el máximo Individual de gastos de su propio bolsillo, el plan pagará en su totalidad los beneficios cubiertos para esa persona



Cobertura médica y de medicamentos con receta

Cobertura de medicamentos con receta

- Su cobertura de medicamentos con receta depende del plan médico que usted elija. Los medicamentos están agrupados en niveles, lo cual determina su participación en el costo del medicamento.
- Los miembros del plan de salud con deducible alto pagan el 100% de los costos de los medicamentos con receta hasta alcanzar el deducible anual.
- El coseguro aplicable por medicamento con receta se aplica después de haber alcanzado el deducible anual.

NIVEL	USTED PAGA	QUÉ ESTÁ CUBIERTO
1	Mínimo costo compartido	La mayoría de los medicamentos genéricos con receta Los medicamentos genéricos son equivalentes a los productos de marca en cuanto a forma de dosificación, concentración, calidad y uso previsto
2	Segundo menor costo compartido	Medicamentos de marca preferidos Son medicamentos que se venden bajo un nombre comercial con precios favorables por parte del plan de farmacia
3	Mayor participación en los costos	Medicamentos de marca no preferidos Medicamentos vendidos bajo marcas comerciales específicas que tienen una alternativa más económica en comparación con la opción de costos compartidos más baja o la segunda más baja
4	Máximo costo compartido	Medicamentos especializados Los medicamentos especializados tratan afecciones raras o complejas y suelen ser medicamentos de mayor costo. La mayoría requerirá una autorización previa antes de que su plan le ayude a pagarlas, y algunos pueden exigirle que surta la receta en una farmacia especializada.



Cobertura médica y de medicamentos con receta

Revise sus opciones de plan médico

Cigna (Disponible en Utah y en todo el país)

Resumen del plan médico

Los siguientes beneficios están incluidos en sus opciones de plan. A menos que se indique lo contrario, los beneficios son por persona asegurada y después del deducible.

	DEDUCIBLE DE \$800/\$1600		DEDUCIBLE DE \$1,500/\$3,000		DEDUCIBLE DE \$2,500/\$5000	
AHORROS PARA GASTOS DE CUIDADO DE LA SALUD						
Elegible para HSA	No		Sí		Sí	
Financiamiento de la HSA por el empleador	N/A		Hasta \$720/año (individual) Hasta \$1,440/año (familiar)		Hasta \$720/año (individual) Hasta \$1,440/año (familiar)	
	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
DEDUCIBLE ANUAL						
Individual	\$800	\$2,400	\$1,500	\$3,000	\$2,500	\$4,500
Familiar	\$1,600	\$4,800	\$3,000	\$6,000	\$5,000	\$9,000
MÁXIMO DE GASTOS DE SU PROPIO BOLSILLO						
Individual	\$2,400	\$4,800	\$3,000	\$6,000	\$4,500	\$9,000
Familiar	\$4,800	\$9,600	\$6,000	\$12,000	\$6,850	\$13,700
COBERTURA DE BENEFICIOS MÉDICOS						
Coseguro del plan	80%	60%	80%	60%	70%	50%
Atención preventiva	100%*	60%	100%*	60%	100%*	50%
Visita al médico de atención primaria/especialista	80%	60%	80%	60%	70%	50%
Hospitalización	80%	60%	80%	60%	70%	50%
Hospital para pacientes ambulatorios	80%	60%	80%	60%	70%	50%
Atención urgente	80%	60%	80%	60%	70%	70%
Sala de emergencias	80%	80%	80%	80%	70%	70%



Cobertura médica y de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS CON RECETA EN FARMACIAS MINORISTAS (SUMINISTRO PARA 30 DÍAS)						
Genéricos	70% (\$10 mín., \$20 máx.)*	70% (\$10 mín., \$20 máx.)*	80%**	80%**	70%**	70%**
De marca preferidos	70% (\$25 mín., \$50 máx.)*	70% (\$25 mín., \$50 máx.)*	80%**	80%**	70%**	70%**
No preferidos	55% (\$40 mín., \$80 máx.)*	55% (\$40 mín., \$80 máx.)*	80%**	80%**	70%**	70%**
De especialidad	Sujeto a la participación en los costos aplicable	Sujeto a la participación en los costos aplicable	Sujeto a la participación en los costos aplicable	Sujeto a la participación en los costos aplicable	Sujeto a la participación en los costos aplicable	Sujeto a la participación en los costos aplicable
MEDICAMENTOS CON RECETA PEDIDOS POR CORREO (SUMINISTRO PARA 90 DÍAS)						
Genéricos	70% (\$25 mín., \$50 máx.)*	Sin cobertura	80%**	Sin cobertura	70%**	Sin cobertura
De marca preferidos	70% (\$62.50 mín., \$125 máx.)*	Sin cobertura	80%**	Sin cobertura	70%**	Sin cobertura
No preferidos	55% (\$100 mín., \$200 máx.)*	Sin cobertura	80%**	Sin cobertura	70%**	Sin cobertura
De especialidad	Sujeto a la participación en los costos aplicable	Sin cobertura	Sujeto a la participación en los costos aplicable	Sin cobertura	Sujeto a la participación en los costos aplicable	Sin cobertura

* No se aplica el deducible

**Se omite el deducible para algunos medicamentos.



Cobertura médica y de medicamentos con receta

SelectHealth (Solo para residentes de Utah)
(Nivel 1 = Red ValueCare; Nivel 2 = Red SelectMed)

Resumen del plan médico

Los siguientes beneficios están incluidos en sus opciones de plan. A menos que se indique lo contrario, los beneficios son por persona asegurada y después del deducible.

	DEDUCIBLE DE \$800/\$1600		DEDUCIBLE DE \$1,500/\$3,000		DEDUCIBLE DE \$2,500/\$5000	
CUENTAS DE AHORROS PARA GASTOS MÉDICOS Y REEMBOLSOS DE GASTOS MÉDICOS						
Elegible para HSA	No		Sí		Sí	
Financiamiento de la HSA por el empleador	N/A		Hasta \$720/año (individual) Hasta \$1,440/año (familiar)		Hasta \$720/año (individual) Hasta \$1,440/año (familiar)	
	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
DEDUCIBLE ANUAL						
Individual	\$800	\$2,400	\$1,500	\$3,000	\$2,500	\$4,500
Familiar	\$1,600	\$4,800	\$3,000	\$6,000	\$5,000	\$9,000
MÁXIMO DE GASTOS DE SU PROPIO BOLSILLO						
Individual	\$2,400	\$4,800	\$3,000	\$6,000	\$4,500	\$9,000
Familiar	\$4,800	\$9,600	\$6,000	\$12,000	\$6,850	\$13,700
COBERTURA DE BENEFICIOS MÉDICOS						
Coseguro del plan	Nivel 1: 80% Nivel 2: 75%	60%	Nivel 1: 80% Nivel 2: 75%	60%	Nivel 1: 70% Nivel 2: 65%	60%
Atención preventiva	100%*	60%	100%*	60%	100%*	50%
Visita al médico de atención primaria/especialista	Nivel 1: 80% Nivel 2: 75%	60%	Nivel 1: 80% Nivel 2: 75%	60%	Nivel 1: 70% Nivel 2: 65%	50%
Hospitalización	Nivel 1: 80% Nivel 2: 75%	60%	Nivel 1: 80% Nivel 2: 75%	60%	Nivel 1: 70% Nivel 2: 65%	50%
Hospital para pacientes ambulatorios	Nivel 1: 80% Nivel 2: 75%	60%	Nivel 1: 80% Nivel 2: 75%	60%	Nivel 1: 70% Nivel 2: 65%	50%
Atención urgente	Nivel 1: 80% Nivel 2: 75%	60%	Nivel 1: 80% Nivel 2: 75%	60%	Nivel 1: 70% Nivel 2: 65%	50%
Sala de emergencias	80%	80%	80%	80%	70%	70%



Cobertura médica y de medicamentos con receta

MEDICAMENTOS CON RECETA EN FARMACIAS MINORISTAS (SUMINISTRO PARA 30 DÍAS)						
Genéricos	70% (\$10 mín., \$20 máx.)*	70% (\$10 mín., \$20 máx.)*	80%**	80%**	70%**	70%**
De marca preferidos	70% (\$25 mín., \$50 máx.)*	70% (\$25 mín., \$50 máx.)*	80%**	80%**	70%**	70%**
No preferidos	55% (\$40 mín., \$80 máx.)*	55% (\$40 mín., \$80 máx.)*	80%**	80%**	70%**	70%**
De especialidad	Sujeto a la participación en los costos aplicable	Coseguro de 45% (\$50.00 mín., \$110.00 máx.)	Sujeto a la participación en los costos aplicable	Sujeto a la participación en los costos aplicable	Sujeto a la participación en los costos aplicable	Sujeto a la participación en los costos aplicable
MEDICAMENTOS CON RECETA PEDIDOS POR CORREO (SUMINISTRO PARA 90 DÍAS)						
Genéricos	70% (\$25 mín., \$50 máx.)*	Sin cobertura	80%**	Sin cobertura	70%**	Sin cobertura
De marca preferidos	70% (\$62.50 mín., \$125 máx.)*	Sin cobertura	80%**	Sin cobertura	70%**	Sin cobertura
No preferidos	55% (\$100 mín., \$200 máx.)*	Sin cobertura	80%**	Sin cobertura	70%**	Sin cobertura
De especialidad	Coseguro de 45% (\$50.00 mín., \$110.00 máx.)	Sin cobertura	Sujeto a la participación en los costos aplicable	Sin cobertura	Sujeto a la participación en los costos aplicable	Sin cobertura

*No se aplica el deducible

**Se omite el deducible para algunos medicamentos.

Incentivo para dejar el tabaco

Ultradent Products, Inc. está comprometida en ayudarlo a lograr su mejor estado de salud. Usted pagará un menor costo por sus beneficios si no usa productos de tabaco. Se desplegará su selección de beneficios a medida que avance por el proceso de inscripción. Se tomará en cuenta sus respuestas acerca del consumo de tabaco al calcular los montos en su estado de confirmación después de la inscripción de los beneficios. Comuníquese con Ultradent Products, Inc. para obtener más información, incluyendo cualquier norma alternativa razonable que se adapte a la recomendación de su médico personal.



Cuentas de gastos y ahorros

Ahorre dinero en sus costos de atención médica y de cuidado de dependientes mediante el uso de cuentas con ventajas fiscales que le permiten utilizar dólares antes de impuestos para pagar los gastos elegibles. Para obtener detalles adicionales acerca de las cuentas descritas a continuación, visite www.mercermarketplace365plus.com/ultradent.

Acceso a sus cuentas desde cualquier lugar

La aplicación para móviles “Accounts by Mercer Marketplace” está disponible para las Cuentas de gastos flexibles para cuidado de la salud (FSA), Cuentas de gastos flexibles para cuidado de dependientes, Cuentas de ahorros para gastos de salud y Beneficios de transporte. Use su aplicación para consultar los saldos de su cuenta, cargar recibos, revisar detalles del plan, ver la actividad de su cuenta y comunicarse con servicio al cliente.



Descargue esta aplicación desde la App Store o Google Play. Una vez descargada, podrá iniciar la aplicación móvil con el nombre de usuario y contraseña para cuentas de gastos y ahorros que haya creado cuando abrió su cuenta. Estas credenciales para inicio de sesión pueden ser diferentes de sus credenciales para ingresar a su cuenta Mercer Marketplace 365+.

¿Cuáles son los gastos de cuidado de la salud elegibles?

Para obtener una lista completa de los gastos elegibles, visite www.irs.gov y consulte la Publicación 502. Algunos ejemplos pueden incluir:

- Visitas al consultorio
- Medicamentos con receta
- Estadías en el hospital
- Terapia del habla/ocupacional/física
- Atención dental y de cuidado de la vista
- Exámenes de laboratorio

Recordatorio: Conserve los documentos para respaldar el uso de su dinero en estas cuentas para fines tributarios.

Tienda FSA/HSA Store

La tienda FSA/HSA Store es un recurso en línea que le permite acceder a una extensa e interactiva lista de gastos elegibles para la FSA y la HSA. Puede optar por hacer compras en línea elegibles para FSA/HSA, las 24 horas al día, directamente de la tienda FSA/HSA Store. La tienda también proporciona artículos y recursos informativos sobre una serie de temas relacionados con la salud y el bienestar.

Las compras en el sitio de la FSA/HSA Store usando la tarjeta de débito MM365+ Benefits se verifican automáticamente y no se requiere entregar los recibos. También se aceptan otras formas de pago, pero se requerirá entregar un reclamo en línea o mediante la aplicación móvil, así como un recibo.

Para obtener más información o para acceder a la tienda FSA/HSA Store visite Mercer Marketplace 365+ en www.mercermarketplace365plus.com/ultradent.



Cuentas de gastos y de ahorros

Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA)

Con los planes con deducibles de \$1,500 y \$2,500, usted puede ser elegible para contribuir a una Cuenta de ahorros para gastos médicos. Las cuentas HSA son cuentas de ahorros con ventajas fiscales que usted puede usar como ayuda para pagar sus gastos de cuidado de la salud elegibles a medida que acumule sus contribuciones.

Características principales:

- **Reciba una contribución de Ultradent Products, Inc.** tan solo por abrir una cuenta HSA, incluso si no está planeando contribuir (vea la sección de Contribuciones a la HSA a continuación para conocer más detalles).
- **Funciona como una cuenta de banco.** Usted decide cuánto contribuir a su cuenta HSA (Hasta el máximo del IRS) y puede cambiar dicha cantidad en cualquier momento. Acceda a los fondos de la cuenta para pagar gastos de cuidado de la salud elegibles utilizando su tarjeta de débito cuando recibe atención médica o presentando una reclamación para reembolso de los pagos que haya realizado (hasta el saldo disponible en su cuenta).
- **Le ofrece ventajas fiscales.** Usted no paga impuestos por las contribuciones provenientes de su cheque de nómina ni por los reembolsos de gastos médicos calificados. Además, puede ganar intereses libres de impuestos sobre el saldo de su HSA.
- **Es su dinero.** Los fondos no utilizados pueden ser transferidos cada año. Una vez que su cuenta alcance un saldo determinado usted podrá elegir cómo invertir su dinero. Usted puede incluso llevarse la cuenta consigo si deja de trabajar para Ultradent Products, Inc. o guardarla para utilizarla después de jubilarse.
- **Combínela con una Cuenta de gastos flexibles combinada (FSA)** para obtener más ahorros de impuestos. Los gastos elegibles dentales y de cuidado de la vista pueden pagarse con fondos de una cuenta FSA combinada desde el primer día del año del plan. Una vez que usted haya gastado \$1,500/Individual o \$3,000/Familiar en gastos médicos de su propio bolsillo (o las cantidades indexadas y publicadas por el IRS para el año del plan, si fuesen diferentes) y después de presentar el formulario pertinente, también puede ocupar su cuenta para pagar gastos médicos elegibles durante el resto del año del plan.

Nota: Usted **no** califica para contribuir a una cuenta HSA si:

- Está inscrito en Medicare o TRICARE
- Tiene cobertura de algún seguro de salud distinto de un plan de salud calificado con deducible alto
- Puede ser reclamado como dependiente en la declaración de renta de otra persona
- Tendrá acceso a los fondos de una FSA para cuidado de la salud establecida para usted u otro miembro de su familia, incluso durante un período de gracia del año del plan anterior. Este es un período de tiempo después del final del año del plan durante el cual puede seguir incurriendo en gastos para utilizar el saldo restante de la cuenta.

Contribuciones a la HSA

Después de abrir una cuenta y contribuir con un mínimo de \$30/por período de nómina para la cobertura individual/familiar, Ultradent Products, Inc. contribuirá:

- Cobertura individual: \$720/año
- Cobertura familiar: \$1,440/año

Para 2023 - 2024, usted puede efectuar contribuciones antes de impuestos de su cheque de nómina hasta por las cantidades siguientes o, si fuesen diferentes, hasta las cantidades indexadas máximas publicadas por el IRS para el año del plan*:

- Cobertura individual: \$3,850
- Cobertura familiar: \$7,750
- Si usted ya cumplió 55 años o más, puede contribuir \$1,000 adicionales por año.

Las cantidades indicadas anteriormente incluyen las contribuciones de Ultradent Products, Inc. y las suyas, las cuales no pueden exceder la cantidad máxima permitida definida por el IRS. *¿Se acerca a la jubilación? Para obtener detalles acerca de cuándo detener las contribuciones a la HSA, consulte la publicación 969 del IRS en <https://www.irs.gov/publications/p969> o haga clic aquí: *Exceso de contribuciones*.



Cuentas de gastos y de ahorros

Cuentas de gastos flexibles (FSA)

Las Cuentas de gastos flexibles ofrecen una excelente manera de ahorrar dinero en sus gastos de cuidado de la salud y en sus gastos de cuidado de dependientes.

	FSA PARA CUIDADO DE LA SALUD	FSA COMBINADA	FSA PARA CUIDADO DE DEPENDIENTES
¿Tiene usted una HSA?	No está disponible si usted o Ultradent Products, Inc. contribuyen a una HSA.	Es preciso contribuir a una HSA para poder tener una FSA Combinada	Usted es elegible para una cuenta FSA para cuidado de dependientes sin importar si contribuye o no a una HSA.
Gastos elegibles*	Gastos médicos, dentales y de cuidado de la vista	Los gastos dentales y de cuidado de la vista, y los gastos médicos realizados después de haber incurrido en el pago de gastos médicos de su propio bolsillo de \$1,500/Individual o \$3,000/Familiar (o las cantidades indexadas publicadas por el IRS para el año del plan, si fuesen diferentes).	Los gastos para guardería/cuidado de personas mayores para dependientes elegibles que le permitan a usted y a su cónyuge o pareja doméstica trabajar (los gastos médicos dentales y de cuidado de la vista no son elegibles para reembolso con esta cuenta)
Cómo se financia	<ul style="list-style-type: none"> Contribuciones del cheque de nómina de hasta \$3,050 por año (o hasta la cantidad indexada máxima publicada por el IRS para el año del plan si fuese diferente). La cantidad anual de su elección se determina durante su período de inscripción. No podrá cambiar su elección a menos que enfrente un evento de vida calificado durante el año (como casarse o tener un bebé). La totalidad de sus contribuciones anuales está disponible para usted al inicio del año del plan. 		<ul style="list-style-type: none"> Contribuciones del cheque de nómina de hasta \$5,000 por año por grupo familiar (o hasta la cantidad indexada máxima publicada por el IRS para el año del plan, si fuese diferente) para utilizarlas en gastos de cuidado de dependientes calificados o de dependientes de edad avanzada. Su elección se realiza durante su período de inscripción abierta. No puede cambiarla a menos que enfrente un evento de vida calificado durante el año (tal como tener un bebé o al ocurrir un cambio en los gastos de cuidado de dependientes). Sus fondos están disponibles para usted únicamente después de que hayan sido depositados en su cuenta en cada período de nómina.**
Fondos no utilizados	Debe calcular cuidadosamente sus gastos antes de inscribirse, porque los fondos en su cuenta no utilizados no se transfieren al final del año del plan y se perderán.		
Cómo obtener acceso	Usted recibirá una tarjeta de débito de beneficios que puede utilizar para pagar los gastos elegibles. O bien, puede presentar reclamaciones para reembolso de los gastos elegibles. NOTA: Usted recibirá solo una tarjeta de débito para usar en todas sus cuentas compatibles con Mercer Marketplace 365+.		

*Gastos elegibles según los define el IRS.

**Su contribución podría ser afectada por otros reembolsos y por su condición en la declaración de impuestos. Consulte con su asesor fiscal para obtener más información.



Cobertura médica suplementaria

MetLife

Los planes médicos suplementarios proporcionan pagos en efectivo para ayudar a compensar el costo de un evento médico cubierto. Estos planes le pagan en forma adicional a los beneficios de seguro médico existentes. **Los beneficios y las afecciones cubiertas varían según el estado donde usted resida. Revise los documentos del plan para verificar los beneficios cubiertos.**

Enfermedad grave

Recuperarse de una enfermedad grave suele acarrear gastos importantes adicionales a los gastos médicos. El seguro de enfermedad grave puede ayudarle con los costos de tratamiento de las enfermedades graves cubiertas y complementar su plan médico al ayudarle a pagar los gastos de su propio bolsillo.

- Le paga un beneficio de suma global en efectivo directamente a usted si se le diagnostica una enfermedad grave cubierta
- Usted puede calificar para la cobertura sin tener que responder preguntas sobre su salud
- Pago directo en el momento del diagnóstico de una afección cubierta
- Entre los ejemplos de afecciones cubiertas se incluyen: cáncer, ataques cardíacos, derrames cerebrales, trasplante de órganos principales e insuficiencia renal en etapa terminal
- Algunos programas ofrecen incentivos de bienestar adicionales

Seguro de accidente

El seguro de accidente puede ayudarle a recuperarse financieramente más rápidamente al brindarle beneficios en efectivo si usted experimenta un accidente cubierto fuera del trabajo.

- Entre los ejemplos de los servicios cubiertos se incluyen sala de emergencias, hospitalización, visitas del médico, terapia física*
- Hay beneficios adicionales disponibles para ciertas lesiones, como dislocaciones, fracturas, quemaduras y laceraciones*
- Paga beneficios por cada evento cubierto directamente a usted

Indemnización hospitalaria

La hospitalización puede causar serios problemas financieros debido a los gastos médicos o por la pérdida de ingreso. El seguro de indemnización hospitalaria proporciona beneficios para ayudarle a pagar las facturas del hospital y otras relacionadas con una enfermedad o lesión cubierta.


- Se proporcionan beneficios por la admisión en el hospital y el confinamiento diario en el hospital*.
- Recibe un beneficio en suma global por cada día de permanencia en el hospital**
- Sin coseguro, ni copagos, sin períodos de espera ni deducibles


*No es una garantía de cobertura.


**Sujeto a límites


Ejemplos de beneficios

Se selecciona una póliza médica suplementaria 

 Experimenta los síntomas de una enfermedad grave, se lesiona en un accidente o es ingresado en un hospital

 Usted recibe tratamiento de un médico o se le ingresa a un hospital

 Se le diagnostica una enfermedad grave, recibe tratamiento por lesiones o pasa varios

 Presentar una reclamación y recibir un beneficio en efectivo pagado directamente a usted



Mercer Marketplace 365+ HUB

Una vez que se inscriba en un plan médico, será elegible para inscribirse en el Mercer Marketplace 365+ HUB. Con 365+ HUB, obtendrá apoyo personalizado que le ayudará a mejorar la calidad y el costo de la atención médica los 365 días del año.

Entre las ventajas de Mercer Marketplace 365+ HUB se incluyen:

- **Apoyo en cuestiones de reclamaciones y facturación, resultados de pruebas y tratamientos**

Un Defensor personal de la salud (PHA) le guiará a usted y a su familia en las preguntas o preocupaciones relacionadas con la atención médica. Los defensores PHA pueden ayudarle a encontrar un proveedor o centro de salud y proporcionarle apoyo imparcial en todas las fases de la atención médica. También están disponibles para ayudarle a aclarar y resolver las reclamaciones médicas y los problemas de papeleo relacionados.

- **Acceso a expertos en negociación para ayudarle a reducir las facturas médicas**

Cada vez que tenga una factura médica de más de \$400 y no esté cubierta por el seguro, un equipo de negociación experto trabajará con su proveedor para conseguir un descuento. Las negociaciones exitosas pueden ahorrarle cientos de dólares.

- **Ayuda para buscar médicos que proporcionan atención médica de alta calidad para sus necesidades**

Con el 365 + HUB, puede revisar las puntuaciones de calidad de médicos en su zona. Los médicos de la red están clasificados con base en puntuaciones de calidad basada en datos para facilitar la selección. Usted tiene más probabilidades de obtener el cuidado de la salud que necesita para recuperarse más rápidamente y ahorrar dinero.

- **El mejor precio para sus servicios de cuidados de salud**

El costo de atención médica puede variar ampliamente, incluso dentro de la misma zona. Es importante saber por adelantado cuánto puede costar un servicio y comparar costos.

- **Obtenga una segunda opinión experta para su tranquilidad**

Nunca dude en obtener otra opinión, especialmente si se trata de una enfermedad grave. El 365+ HUB le brinda a usted y a los miembros de su familia acceso a especialistas de clase mundial que revisarán su caso y le brindarán una opinión experta sobre su diagnóstico y plan de tratamiento.

Todo esto ¡y más! ¡Inscríbese en el 365+ HUB para saber qué otra valiosa asistencia está a solo una llamada o un clic de distancia!



Seguro dental

Los chequeos dentales con regularidad y los buenos hábitos de higiene oral son una parte esencial de su bienestar y salud en general.

Palabras claves que usted debe conocer:

Los siguientes ejemplos de servicio no garantizan la cobertura; consulte los Documentos del Plan para confirmar los servicios cubiertos.

Beneficio máximo anual: Monto total máximo que el plan pagará durante el año del plan

Servicios básicos: Restauraciones, algunas cirugías orales, endodoncia, y periodoncia

Deducible: La cantidad que usted paga antes de que el plan comience a pagar los beneficios

Servicios mayores: Coronas, dentaduras, implantes y algunas cirugías orales

Ortodoncia: Enderezar o mover dientes y/o mandíbulas desalineadas con ortodoncia y/o cirugía.

Servicios preventivos: Diseñados para prevenir o diagnosticar afecciones dentales, incluyendo las evaluaciones orales, limpiezas de rutina, radiografías, tratamientos con flúor y selladores

Revise sus opciones de plan dental

Cigna

Red: Total Cigna DPPO

Resumen del plan dental

Los siguientes beneficios están incluidos en sus opciones de plan. A menos que se indique lo contrario, los beneficios son por persona asegurada y después del deducible.

	ENHANCED CON ORTODONCIA	STANDARD
DEDUCIBLE ANUAL		
Individual	\$50	\$50
Familiar	\$150	\$150
BENEFICIO MÁXIMO		
Máximo anual	\$2,000	\$1,500
COBERTURA DEL BENEFICIO DENTAL		
Servicios preventivos	El plan paga el 100%*	El plan paga el 100%*
Servicios básicos	El plan paga el 80%	El plan paga el 80%
Servicios mayores	El plan paga el 50%	El plan paga el 50%
ORTODONCIA		
Cobertura de beneficios	El plan paga el 50%	Sin cobertura
Máximo de por vida	\$1,500	Sin cobertura
Elegibilidad	Hijos elegibles hasta los 19 años y adultos	Sin cobertura

* No se aplica el deducible

Las disposiciones para los beneficios dentro de la red y fuera de la red son las mismas, pero pueden aplicarse de manera diferente para los servicios fuera de la red. Le sugerimos consultar los documentos del plan para obtener detalles adicionales.



Seguro de cuidado de la vista

Los exámenes de la vista regulares pueden ayudarle a mantener sus ojos sanos, a la vez que monitorean, previenen y tratan problemas de la vista fácilmente corregibles, que podrían causar un deterioro permanente de la vista.



Palabras clave que usted debe conocer:

Copago: Una cantidad que usted paga por un servicio cubierto cada vez que utilice dicho servicio

Asignación para compras al por menor: La asignación máxima pagada para cubrir el costo de los materiales para el cuidado de la vista; usted debe pagar las cantidades que superen la asignación para compra minorista

Revise sus opciones del plan de cuidado de la vista

Cigna

Red: Cigna Vision

Resumen del plan de cuidado de la vista

Los siguientes beneficios dentro de la red están incluidos en sus opciones de plan. A menos que se indique lo contrario, los beneficios son por persona asegurada.

	ENHANCED		STANDARD	
	COPAGO	FRECUENCIA	COPAGO	FRECUENCIA
Examen	\$10	1 cada 12 meses	\$10	1 cada 12 meses
Lentes	\$10	1 cada 12 meses	\$25	1 cada 12 meses
Ajustes de lentes de contacto	No excederá \$60	1 cada 12 meses	No excederá \$60	1 cada 12 meses
	ASIGNACIÓN PARA COMPRAS AL POR MENOR	FRECUENCIA	ASIGNACIÓN PARA COMPRAS AL POR MENOR	FRECUENCIA
Armazones	Hasta \$180**	1 cada 12 meses	Hasta \$130**	1 cada 24 meses
Lentes de contacto*	Hasta \$180**	1 cada 12 meses	Hasta \$130**	1 cada 12 meses

*Cobertura de lentes de contacto en lugar de armazones y lentes.

**20% de descuento en cualquier cantidad que supere la asignación de compra minorista

Consulte en la documentación del plan sobre los beneficios fuera de la red y detalles adicionales.



Para obtener detalles adicionales del plan, visite www.mercermarketplace365plus.com/ultradent



Contribuciones de los empleados

Las contribuciones por período de pago pueden diferir ligeramente de lo que se muestra en el sitio de inscripción debido al redondeo. Consulte las tasas adicionales para los planes que no se enumeran a continuación en www.mercermarketplace365plus.com/ultradent.

Tasas del plan médico – Cigna y SelectHealth (por período de nómina)

	PLAN CON DEDUCIBLE DE \$800/\$1,600	PLAN CON DEDUCIBLE DE \$1,500/\$3,000	PLAN CON DEDUCIBLE DE \$2,500/\$5,000
Empleado solamente	\$137.00	\$94.00	\$62.00
Empleado + Cónyuge	\$257.00	\$165.00	\$96.00
Empleado + Hijo(s)	\$210.00	\$134.00	\$75.00
Empleado + Familia	\$322.00	\$186.00	\$100.00

Tasas del plan dental (por período de nómina)

	PLAN ESTÁNDAR	DENTAL ENHANCED CON ORTODONCIA
Empleado solamente	\$5.00	\$7.50
Empleado + Cónyuge	\$14.00	\$17.50
Empleado + Hijo(s)	\$12.00	\$15.00
Empleado + Familia	\$15.00	\$20.00

Tasas del plan de cuidado de la vista (por período de nómina)

	PLAN STANDARD	PLAN ENHANCED
Empleado solamente	\$2.84	\$4.19
Empleado + Cónyuge	\$5.69	\$8.39
Empleado + Hijo(s)	\$5.76	\$8.48
Empleado + Familia	\$9.17	\$13.53



Seguro de vida y de muerte y desmembramiento accidentales

El seguro de vida y de muerte y desmembramiento accidentales (AD&D) puede proporcionar una importante protección financiera para su familia.

Palabras clave que usted debe conocer:

Seguro de muerte y desmembramiento accidentales: Paga un beneficio sobre la muerte accidental de una persona asegurada; además provee beneficios para ciertos desmembramientos accidentales cubiertos.

Beneficiario: Persona natural o entidad legal designada como beneficiario del seguro de vida o AD&D

Evidencia de asegurabilidad (EOI): Declaración de salud que prueba la elegibilidad de una persona para ciertas cantidades de cobertura.

Emisión garantizada: Una cantidad de seguro que usted puede solicitar que no requiere la presentación de evidencia de asegurabilidad.

Seguro de vida: Paga un beneficio por el fallecimiento de una persona asegurada.

Seguro de vida a plazo fijo pagado por el empleador y seguro de AD&D

New York Life

Su empleador le proporciona un nivel básico de seguro de vida a plazo fijo para el empleado y por muerte y desmembramiento accidentales (AD&D) sin costo para usted. El ingreso imponible se aplica después de los primeros \$50,000 de cobertura.

Visite www.mercermarketplace365plus.com/ultradent para verificar su nivel de cobertura.

Seguro opcional de vida de plazo fijo y AD&D pagado por el empleado

New York Life

PLAN	DETALLES
Seguro de vida de plazo fijo del empleado*	Elija coberturas en incrementos de \$25,000, hasta \$800,000
AD&D del empleado**	Elija coberturas en incrementos de \$25,000, hasta \$800,000
Seguro de vida de plazo fijo para el cónyuge o pareja doméstica	Elija coberturas en incrementos de \$25,000, hasta \$400,000, sin exceder el 100% de la cobertura del empleado
Seguro de vida de plazo fijo para los hijos†	Elija coberturas en incrementos de \$5,000, hasta \$20,000.

*Puede aplicarse una reducción del beneficio debido a la edad. Consulte detalles adicionales en los documentos del plan.

**Puede elegir la cobertura opcional de AD&D para usted, o para usted y su familia. Si se elige el AD&D Familiar, la cobertura de los dependientes es una parte de la cobertura del empleado y todos sus dependientes elegibles están cubiertos bajo una sola tarifa. No es necesario presentar una Evidencia de asegurabilidad (EOI) para la cobertura de AD&D opcional.

†Todos los hijos elegibles están cubiertos por el seguro de vida de plazo fijo para los hijos.

Esta cobertura está vinculada con su empleo y usualmente termina si usted deja de trabajar para su empleador. Sin embargo, se le puede ofrecer la oportunidad de mantener la cobertura por su cuenta con la misma compañía de seguros.



Seguro de vida y de muerte y desmembramiento accidentales

Evidencia de asegurabilidad (EOI):

Los montos de seguro de vida mayores que el monto de emisión garantizada pueden requerir la presentación de una declaración de salud y la aprobación de la compañía de seguros. Después de elegir la cobertura, usted recibirá más información.

¡No se olvide de seleccionar a un beneficiario!

Elija un beneficiario para que reciba el pago de beneficios de la póliza en caso de que fallezca la persona asegurada. El empleado figura automáticamente como beneficiario de la cobertura de los dependientes.

Seguro de vida permanente

Transamerica

El seguro de vida permanente ofrece la posibilidad de proporcionar una protección financiera duradera a su familia. Usted es el titular de la póliza y puede mantener su cobertura mientras siga pagando la prima, incluso si cambia de empleadores.

Al proceder con su inscripción, se le preguntará si está interesado en este beneficio. Se le proporcionará el enlace para inscribirse o cambiar su cobertura de vida permanente después de que haya seleccionado sus otros beneficios. Nota: La declaración de confirmación de Mercer Marketplace 365+, que se genera justo después de completar las elecciones para, no mostrará inmediatamente la opción del seguro de vida permanente ni el costo de la cobertura.



Seguro de incapacidad

Si queda incapacitado y no puede trabajar, el seguro de incapacidad puede sustituir un porcentaje de sus ingresos perdidos para ayudarle a seguir pagando los gastos de subsistencia.



Palabras clave que usted debe conocer:

Activamente en el trabajo: Se considera que está trabajando activamente si está realizando todas las tareas habituales de su trabajo en el lugar de trabajo de su empleador (o en un lugar alternativo aprobado por su empleador). El uso del tiempo libre normal proporcionado por su empleador no repercute en su condición de trabajador activo. Si no está trabajando debido a una enfermedad, una lesión o un permiso de ausencia, no se considera que esté trabajando activamente. Si no trabaja activamente no puede inscribirse ni aumentar la cobertura de seguro de vida, de incapacidad o médica suplementaria.

Incapacidad de corto plazo: Cuando no puede trabajar durante un tiempo por una enfermedad o lesión incapacitante, el seguro de incapacidad de corto plazo puede sustituir un porcentaje de sus ingresos perdidos (hasta un beneficio semanal máximo) durante el tiempo definido por la póliza.

Incapacidad de largo plazo: Cuando no puede trabajar durante un tiempo prolongado por una enfermedad o lesión incapacitante, el seguro de incapacidad de largo plazo puede sustituir un porcentaje de sus ingresos perdidos (hasta un beneficio mensual máximo) durante el tiempo definido por la póliza.

Resumen de beneficios de incapacidad

New York Life

Seguro de incapacidad pagado por el empleador

	SEGURO DE INCAPACIDAD DE CORTO PLAZO PAGADO POR EL EMPLEADOR	SEGURO DE INCAPACIDAD DE LARGO PLAZO PAGADA POR EL EMPLEADOR
Beneficio suministrado	40% del salario	Para obtener detalles de la cobertura completa, visite www.mercermarketplace365.com/ultradent
Cantidad máxima del beneficio	\$1,500 por semana	
Período máximo del beneficio (incluido el período de espera)	13 semanas (12 remuneradas)	
Período de espera	7 días	
Plan adicional o Buy-Up opcional	Sí*	

*Para conocer el costo de seguro adicional o buy-up y los detalles de la cobertura, visite www.mercermarketplace365plus.com/ultradent.

Cobertura opcional de incapacidad pagada por el empleado

	SEGURO DE INCAPACIDAD DE CORTO PLAZO PAGADO POR EL EMPLEADO*	SEGURO DE INCAPACIDAD DE LARGO PLAZO PAGADO POR EL EMPLEADO*
Beneficio suministrado	60% del salario	Para obtener detalles de la cobertura completa, visite www.mercermarketplace365.com/ultradent
Cantidad máxima del beneficio	\$2,000 por semana	
Período máximo del beneficio (incluido el período de espera)	13 semanas (12 remuneradas)	
Período de espera	7 días	

*Puede aplicarse la cláusula de Evidencia de asegurable y/o de condición preexistente.

Si su empleador tiene la obligación, en virtud de las leyes estatales, de ofrecerle beneficios de incapacidad de corto plazo, sus beneficios de incapacidad serán coordinados entre su empleador y el estado. Verifique con su empleador si esto se aplica a usted.



Beneficios adicionales

Ultradent Products, Inc. proporciona acceso a una diversidad de programas adicionales que pueden ayudarle a ahorrar dinero y proporcionarle una importante ayuda para sus necesidades diarias. Para obtener información detallada sobre los beneficios, inicie sesión en www.mercermarketplace365plus.com/ultradent y visite la página Documents (Documentos) del sitio.

Protección contra robo de identidad

Allstate Identity Protection (AIP)

Este beneficio le ofrece la solución más completa para combatir los problemas actuales de fraude de identidad. Los beneficios incluyen:

- Alertas de monitoreo de identidad y de crédito para descubrir fraudes rápidamente
- Un informe de crédito anual y un puntaje cada mes, para realizar con mayor facilidad el monitoreo de su crédito
- Monitoreo de las redes sociales como protección contra el ciberacoso y daños a la reputación en los distintos sitios
- Un monedero digital para guardar documentos y tarjetas de crédito con un servicio de recuperación de monedero extraviado
- Monitoreo de umbral para ver y administrar todas sus transacciones financieras de todas sus cuentas en un solo lugar

Plan de ayuda legal

MetLife® Hyatt

Encontrar un abogado asequible puede ser todo un desafío. Este plan le ayuda a encontrar representación legal para usted y su familia en asuntos legales que incluyen:

- Testamentos y planificación del caudal hereditario
- Derecho de familia (cambio de nombre, adopción)
- Protección del consumidor (reparación de automóviles, fraude al consumidor)
- Asuntos en el Tribunal de Menores (incluye casos penales)
- Asuntos relacionados con deudas (bancarrota, auditorías fiscales)
- Asuntos jurídicos de la tercera edad (consultas, revisión de documentos)
- Asuntos de vivienda y bienes raíces (compra o venta de una casa, depósitos de seguridad)

El plan es fácil de usar, sin copagos, deducibles o períodos de espera.

Beneficios de transporte *¡Pueden cambiar mensualmente!*

Los beneficios de transporte pueden reducir sus costos al utilizar dinero antes de impuestos para pagar los gastos de transporte calificados, como pases para el transporte colectivo y estacionamiento. Usted decide cuánto contribuir, y el dinero se deducirá automáticamente de su cheque de nómina y se transferirá a una tarjeta de débito para que usted lo use.



Beneficios adicionales

El seguro de automóvil y vivienda *¡Se puede elegir en cualquier época del año!*

Farmers GroupSelectSM

La mayoría de los expertos en seguros de automóvil y vivienda sugiere que usted revise su cobertura anual para asegurarse de que está obteniendo la mejor cobertura por las tarifas que paga.

La compra de seguro de automóvil y vivienda a través del Mercer Marketplace 365+ podría brindarle ahorros de hasta un 15%. Farmers GroupSelect le brinda acceso a una diversidad de pólizas de seguros personales, entre las que se incluyen: automóvil, vivienda*, condominio*, vivienda de alquiler del propietario, casas rodantes, arrendatarios, vehículos recreativos, barcos y responsabilidad civil personal adicional.

Puede elegir el seguro de automóvil y vivienda durante la Inscripción Abierta o en cualquier época del año. Visite el enlace que se le proporciona en www.mercermarketplace365plus.com/ultradent para inscribirse. El pago puede hacerse a mediante cobro directo.

Nota: La declaración de confirmación de Mercer Marketplace 365+, que se genera justo después de completar las elecciones para 2023 – 2024, no mostrará inmediatamente la opción del seguro para Auto/Vivienda ni el costo de la cobertura.

*La cobertura de vivienda y condominio no está disponible en Florida. Existen restricciones costeras y planes de gestión de la volatilidad (es decir, de los incendios forestales) en algunos estados de Estados Unidos como Massachusetts, California y Louisiana.

El seguro de mascotas *¡Se puede elegir en cualquier época del año!*

Nationwide Pet[®]

Las mascotas son impredecibles. Aunque es difícil prever accidentes y enfermedades, el seguro de mascotas de Nationwide Pet hace más fácil estar preparado para esas situaciones. Nationwide Pet ofrece cobertura para incidentes veterinarios de salud inesperados e importantes, proporcionando protección a sus mascotas cuando la necesitan.

Las pólizas de Nationwide Pet ofrecen cobertura para muchos problemas médicos y afecciones relacionadas con accidentes y enfermedades, incluyendo el cáncer. Usted tiene la libertad de utilizar cualquier veterinario en cualquier parte del mundo, incluso especialistas y proveedores de atención de emergencia. Lo mejor de todo, los participantes de Mercer Marketplace 365+ reciben precios preferenciales.

Se le proporcionará el enlace para inscribirse o cambiar la cobertura de su seguro para mascotas después que haya seleccionado sus otros beneficios principales. Nota: La declaración de confirmación de Mercer Marketplace 365+, que se genera justo después de completar sus elecciones para 2023 – 2024, no mostrará inmediatamente la opción del seguro para mascotas ni el costo de la cobertura.



Beneficios adicionales

Online Discount Mall *¡Disponible todo el año!*

PerkSpot

PerkSpot es un sitio único para obtener todo tipo de descuentos exclusivos en muchas de sus tiendas favoritas locales y de ámbito nacional. Es completamente gratuito y está optimizado para su uso en cualquier dispositivo: computadoras de escritorio, tabletas y teléfonos inteligentes. Aproveche las ofertas en línea y descubra los descuentos en su comunidad con el mapa local optimizado de PerkSpot. Filtre sus resultados del mapa según categorías como restaurantes, salud y fitness, minoristas y más.

Acepte recibir por correo electrónico una selección organizada de descuentos de PerkSpot. El correo electrónico de cada semana incluye ofertas nuevas y ofertas populares, además de ofertas de temporada, de días festivos y de grupo.



Información de contactos

En el sitio web de Mercer Marketplace 365+ encontrará muchos detalles sobre los planes de beneficios de Ultradent Products, Inc. Sin embargo, puede utilizar esta tabla si necesita comunicarse directamente con un proveedor de beneficios. **Debe tener en cuenta que algunos sitios web y números de teléfono quizá no sean accesibles hasta que sus beneficios entren en vigor.**

BENEFICIO	ADMINISTRADOR	TELÉFONO	SITIO WEB
Apoyo para la inscripción	Centro de beneficios de Mercer Marketplace 365+	844-344-8830	www.mercermarketplace365plus.com/ultradent
Plan médico	SelectHealth (Utah solamente)	801-442-5038	www.selecthealth.org
	Cigna	800-Cigna24 (800-244-6224)	www.mycigna.com
Medicamentos con receta	Express Scripts	Consulte el Centro de Recursos de MM365+ para obtener más información	
Programa para dejar de usar productos de tabaco	SelectHealth	866-Quit-4-Life (866-7848-4-5433)	www.quitnow.net
	Cigna	800-Cigna24 (800-244-6224)	www.mycigna.com
Cuentas de gastos y ahorros	Mercer Marketplace 365+	844-344-8830	www.mercermarketplace365plus.com/ultradent
Seguro médico suplementario (accidentes, enfermedad grave, indemnización hospitalaria)	MetLife	844-344-8830	www.metlife.com/mercermarketplace
Mercer Marketplace 365+ HUB	Mercer Marketplace 365+	866-385-8032	www.mercermarketplace365plus.com/ultradent
Plan dental	Cigna	800-Cigna24 (800-244-6224)	www.mycigna.com
Cuidado de la vista	Cigna	800-Cigna24 (800-244-6224)	www.mycigna.com
Seguro de vida a plazo fijo/AD&D	New York Life (anteriormente Cigna)	888-842-4462	www.myNYLGBS.com
Seguro de vida permanente	Transamerica	www.transamericaemployeebenefits.com	
Seguro de incapacidad	New York Life (anteriormente Cigna)	888-842-4462	www.myNYLGBS.com
Robo de identidad	Allstate Identity Protection	800-789-2720	www.myaip.com/mercermarketpp
Asistencia legal	MetLife Legal	800-821-6400	www.legalplans.com
Beneficios de transporte	Mercer Marketplace 365+	844-344-8830	www.mercermarketplace365plus.com/ultradent
Auto/vivienda	Farmers GroupSelect	800-438-6381	https://myautohome.farmers.com/
Seguro de mascotas	Nationwide Pet	855-525-1458	www.petbenefitsportal.com
Online Discount Mall	PerkSpot	866-606-6057	www.perkspot.com



Beneficios externos

Los siguientes beneficios no son administrados por Mercer Marketplace 365+, pero se los ofrece su empleador. Si tiene preguntas respecto a estos beneficios, consulte la tabla de Información de contactos al pie de esta página.

Programa de asistencia para empleados

Blomquist Hale

Blomquist Hale Consulting le ayuda a usted y a su familia a afrontar los retos de la vida. Para los problemas cotidianos derivados de las presiones laborales, las relaciones, la planificación de la jubilación, la búsqueda de guarderías y/o el impacto personal inesperado de un duelo, Blomquist Hale puede ser su recurso de apoyo profesional.

BENEFICIO	ADMINISTRADOR	TELÉFONO	SITIO WEB	CORREO ELECTRÓNICO
Programa de asistencia para empleados	Blomquist Hale	1-800-262-9619 o 1-800-926-9619 Texto: 1-801-383-0580	www.blomquisthale.com	supportnow@blomquisthale.com



Avisos legales

ULTRADENT PRODUCTS, INC. SE RESERVA EL DERECHO DE CAMBIAR, ENMENDAR O TERMINAR CUALQUIER PLAN DE BENEFICIOS EN CUALQUIER MOMENTO POR CUALQUIER MOTIVO. LA PARTICIPACIÓN EN UN PLAN DE BENEFICIOS NO CONSTITUYE UNA PROMESA NI GARANTÍA DE EMPLEO FUTURO. EL RECIBO DE DOCUMENTOS DE BENEFICIOS NO CONSTITUYE ELEGIBILIDAD. ESTOS AVISOS NO SE APLICAN A LOS BENEFICIOS QUE OFRECE SU EMPLEADOR FUERA DE MERCER MARKETPLACE 365+.

La Guía de decisiones de beneficios, combinada con estos avisos legales, proporciona una descripción general de los beneficios disponibles para empleados elegibles y sus dependientes. En todos los casos, los documentos oficiales del plan tendrán precedencia y esta Guía de decisiones de beneficios no es ni deberá considerarse como un documento que rige el Plan. En caso de existir discrepancias entre la información presentada en esta Guía de decisiones de beneficios y los documentos oficiales del plan, los documentos oficiales del plan tendrán precedencia.

DECLARACIÓN DE MODIFICACIONES IMPORTANTES

Esta guía de inscripción constituye un Resumen de modificaciones materiales (SMM) o Resumen de reducciones materiales (SMR), según sea el caso, de la descripción resumida del plan (SPD) del Plan de beneficios de salud y bienestar de Ultradent Products, Inc. Está destinada a complementar y/o sustituir parte de la información contenida en la SPD, por lo que le sugerimos conservarla para referencia futura junto con su SPD. Por favor, comparta estos documentos con los miembros de su familia cubiertos.

RESUMEN DE BENEFICIOS DE LA COBERTURA

Un Resumen de Beneficios de la Cobertura (SBC) para cada uno de los planes médicos patrocinados por el empleador está disponible en www.mercermarketplace365plus.com/ultradent. Además, puede llamar al Mercer Marketplace 365+ para solicitar una copia impresa.

LA FUNCIÓN Y LA REMUNERACIÓN DE MERCER

Mercer Health & Benefits LLC facilita la colocación de la cobertura de seguro en nombre y representación de sus clientes.

Mercer recibe remuneración mediante comisiones que se calculan como un porcentaje de las primas de seguro que cobran las compañías de seguros. Esta remuneración puede incluir el pago de las compañías de seguros para gastos relacionados con el marketing, con inversiones en tecnología o con cargos por servicio. Nuestra remuneración puede variar dependiendo del tipo de seguro adquirido, la compañía de seguros seleccionada y otros factores tales como el volumen, el crecimiento y/o la retención del libro de negocios de Mercer con la compañía de seguros o con el proveedor de servicios.

Si desea obtener información adicional sobre nuestra remuneración, solicítela por medio de correo electrónico dirigido a mercermarketplace.compensation@mercer.com.

IMPUESTOS SOBRE LOS BENEFICIOS

La aplicación de impuestos a ciertos beneficios puede variar en el nivel local, estatal y federal. Le recomendamos consultar con su asesor tributario si tiene alguna pregunta acerca del tratamiento correcto de cualesquier beneficios.

AVISO IMPORTANTE DE ULTRADENT PRODUCTS, INC. SOBRE SU COBERTURA DE MEDICAMENTOS CON RECETA ACREDITABLE Y MEDICARE

El propósito de este aviso es informarle que se espera que la cobertura de medicamentos de venta con receta que se enumera a continuación en los planes médicos de Ultradent Products, Inc. pague, en promedio, por lo menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos de venta con receta de Medicare que pagará en 2023 – 2024. Esto se conoce como "cobertura acreditable".

Por qué es esto importante: Si usted o sus dependientes cubiertos se inscriben en cualquier cobertura de medicamentos de venta con receta durante el año 2023 – 2024 que se indique en esta notificación y están cubiertos o adquieren cobertura de Medicare, pueden decidir inscribirse en un plan de medicamentos de venta con receta de Medicare más adelante y no estar sujetos a una multa por inscripción tardía, siempre y cuando haya tenido una cobertura acreditable dentro de los 63 días de su inscripción en el plan de medicamentos de venta con receta de Medicare. Le recomendamos conservar este aviso junto con sus documentos importantes.

Si usted o los miembros de su familia no tienen cobertura actualmente de Medicare y no esperan tener cobertura de Medicare en los próximos 12 meses, este aviso no es pertinente a su situación.

Le sugerimos leer detenidamente el aviso a continuación. Contiene información sobre la cobertura de medicamentos con receta de Ultradent Products, Inc. y la cobertura de medicamentos con receta disponible para las personas con Medicare. También le informa dónde encontrar más información para ayudarle a tomar decisiones acerca de su cobertura de medicamentos con receta.

NOTIFICACIÓN DE COBERTURA ACREDITABLE

Seguramente ya ha escuchado acerca de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare (llamada Parte D), y quizá se haya preguntado cómo le afectaría a usted. La cobertura de medicamentos con receta está disponible para cualquier persona con Medicare a través de los planes de medicamentos con receta de Medicare. Todos los planes de medicamentos con receta de Medicare ofrecen al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Además, algunos planes ofrecen más cobertura sujeta a primas mensuales más altas.

Las personas se pueden inscribir en un plan de medicamentos con receta de Medicare al obtener la elegibilidad inicial, y cada año entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Las personas que abandonan la cobertura del empleador/sindicato pueden ser elegibles para un período de inscripción especial de Medicare.

Si usted tiene cobertura de uno de los planes de medicamentos con receta de Ultradent Products, Inc. que se enumeran a continuación, le interesará saber que la cobertura de medicamentos con receta del plan es, en promedio, al menos tan buena como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare para 2023 – 2024. Esto se conoce como cobertura acreditable. La cobertura bajo este plan le ayudará a evitar la penalización por inscripción tardía en la Parte D si usted es elegible o se vuelve elegible para Medicare y posteriormente decide inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare.

- Planes de SelectHealth y Cigna con deducible de \$800
- Planes de SelectHealth y Cigna con deducible de \$1,500
- Planes de SelectHealth y Cigna con deducible de \$2,500

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare y es empleado activo o familiar de un empleado activo, también puede continuar con la cobertura de su empleador. En este caso, el plan de Ultradent Products, Inc. seguirá pagando en forma primaria o secundaria como lo hacía antes de que usted se inscribiera en un plan de medicamentos de venta con receta de Medicare. Si renuncia o abandona la cobertura de Ultradent Products, Inc., Medicare será su único pagador. Puede volver a inscribirse en el plan del empleador en la inscripción anual o si tiene un evento de inscripción especial para el plan de Ultradent Products, Inc. siempre que siga siendo elegible.

Usted debe saber que si renuncia a la cobertura o deja su empleo en Ultradent Products, Inc. y transcurren 63 días o más sin tener cobertura acreditable de medicamentos con receta (una vez que termine su período de inscripción de Medicare acreditable) su prima mensual de la Parte D aumentará al menos 1% mensual por cada mes que no haya tenido cobertura acreditable. Por ejemplo, si usted permanece 19 meses sin cobertura, su prima del plan de medicamentos con receta de Medicare será siempre al menos 19% mayor que lo que paga la mayoría de las otras personas. Usted tendrá que pagar esta prima más alta mientras tenga cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Además, quizá tenga que esperar hasta el próximo octubre para inscribirse en la Parte D.

Es posible que reciba este aviso en otro momento en el futuro, por ejemplo, antes del próximo período en que pueda inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, si esta cobertura de Ultradent Products, Inc. cambia o si usted lo solicita.

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN ACERCA DE SUS OPCIONES EN VIRTUD DE LA COBERTURA DE MEDICAMENTOS CON RECETA DE MEDICARE

El manual *Medicare & You* (Medicare y usted) contiene información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos con receta. Medicare le enviará por correo un ejemplar del manual todos los años. Además, los planes de medicamentos de Medicare quizá se comuniquen directamente con usted. He aquí cómo obtener más información acerca de los planes de medicamentos con receta de Medicare:

- Visite www.medicare.gov para obtener ayuda personalizada.
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte una copia del manual *Medicare & You* (Medicare y Usted) para obtener el número de teléfono) o visite el programa en línea en <https://www.shiptcenter.org>.
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Para las personas con ingresos y recursos limitados, hay disponible ayuda adicional para pagar las primas del plan de medicamentos con receta de Medicare. La información sobre esta ayuda adicional está disponible en las oficinas de la Administración del Seguro Social (SSA). Si desea información sobre esta ayuda adicional, visite en línea la SSA en www.socialsecurity.gov, o llámelos al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Recuerde: Conserve este aviso. Si usted se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare después de la finalización del período de inscripción de Medicare, quizá necesite proporcionar una copia de este aviso cuando se inscriba en un plan Parte D para demostrar que usted está exento de pagar una cantidad mayor en concepto de primas de la Parte D.

Para obtener más información acerca de este aviso o sobre su cobertura de medicamentos con receta comuníquese con:

Carol Pugmire
Ultradent Products, Inc.
505 West Ultradent Drive (10200 South)
South Jordan, UT 84095
800-553-4410
Carol.pugmire@ultradent.com

LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DEL SEGURO MÉDICO (HIPAA) AVISO SOBRE LA INSCRIPCIÓN ESPECIAL AVISO DE DERECHOS ESPECIALES DE INSCRIPCIÓN PARA COBERTURA DEL PLAN MÉDICO

Si ha declinado la inscripción en un plan médico de Ultradent Products, Inc. para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) por tener otra cobertura de seguro médico, usted o sus dependientes podrán inscribirse en algunas coberturas en virtud de estos planes sin tener que esperar hasta el próximo período de Inscripción Abierta, siempre que usted haya solicitado la inscripción dentro de los 30 días posteriores a la finalización de su otra cobertura.

Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción, o colocación en adopción, usted y sus dependientes elegibles podrán inscribirse, siempre y cuando soliciten su inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción, o colocación en adopción.

Ultradent Products, Inc. también permitirá una oportunidad de inscripción especial si usted o sus dependientes elegibles:

- Pierden la cobertura de Medicaid o del Programa de seguro médico infantil (CHIP) porque ya no son elegibles; o
- Se vuelven elegibles para participar en un programa estatal de ayuda para el pago de primas en virtud de Medicaid o CHIP.

Para estas oportunidades de inscripción, usted dispondrá de 60 días, en vez de 30, a partir de la fecha del cambio de elegibilidad de Medicaid/CHIP para solicitar la inscripción en el plan de salud de grupo de Ultradent Products, Inc. Tenga en cuenta que esta extensión de 60 días no se aplica a otras oportunidades de inscripción que no se deban al cambio de elegibilidad de Medicaid/CHIP.

Nota: Si su dependiente se vuelve elegible para un derecho de inscripción especial, usted puede agregar el dependiente a su cobertura actual o cambiarse a otro plan médico.

Para solicitar una inscripción especial de HIPAA con base en los eventos antes descritos u obtener más información, comuníquese con Carol Pugmire al 801-553-4410 o en carol.pugmire@ultradent.com

Durante la declaración de Emergencia Nacional de COVID, en determinadas circunstancias, podrá solicitar una inscripción especial de HIPAA fuera del plazo de 30 días mencionado anteriormente. Si ha tenido un evento de inscripción especial de HIPAA (según lo descrito anteriormente) y desea solicitar una inscripción especial en virtud de HIPAA fuera del plazo de 30 días, póngase en contacto con Carol Pugmire al 801-553-4410. Tenga en cuenta que la posibilidad de solicitar una inscripción especial de HIPAA fuera del plazo de 30 días es temporal y puede dejar de ser aplicable en virtud del estado de la declaración de Emergencia nacional de COVID. Adicionalmente, la oportunidad de inscripción ampliada se determina individualmente y puede que no aplique en función de sus circunstancias específicas.

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

Si usted ha tenido o va a tener una mastectomía, podría tener derecho a ciertos beneficios en virtud de las disposiciones de la Ley de Derechos Sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998 (Women's Health and Cancer Rights Act of 1998 - WHCRA). Para las mujeres que reciban beneficios relacionados con mastectomías, la cobertura será suministrada de la manera en que se determine en consultas entre el médico que atiende y la paciente, para:

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

Estos beneficios se suministrarán sujetos a los mismos deducibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos suministrados en virtud de este plan. Si desea obtener más información sobre los beneficios en virtud de WHCRA, llame a su compañía de seguro médico al número de teléfono que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación.

AVISO SOBRE LA LEY PARA LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LAS MADRES Y RECIÉN NACIDOS

En virtud de las leyes federales, los emisores de planes de salud de grupo y de seguros de salud generalmente no pueden restringir beneficios pertinentes al tiempo de hospitalización en relación con un parto, para la madre o para el recién nacido, a menos de 48 horas después de un parto vaginal ni a menos de 96 horas después de un parto por cesárea. Sin embargo, las leyes federales generalmente no prohíben que el proveedor de atención médica que atiende a la madre o al recién nacido, después de consultarlo con la madre, pueda dar el alta hospitalaria a la madre o a su recién nacido antes de transcurridas 48 horas (o 96 horas según corresponda). En cualquier caso, los planes de salud y los emisores no pueden, en virtud de las leyes federales, requerir que un proveedor obtenga autorización del plan o del emisor del seguro para recomendar un tiempo de hospitalización que no exceda 48 horas (o 96 horas). Si desea obtener más información sobre los beneficios en virtud de maternidad, llame a su compañía de seguro médico al número de teléfono que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación.

AVISO SOBRE LA LEY MICHELLE

COBERTURA MÉDICA EXTENDIDA PARA DEPENDIENTES DURANTE AUSENCIAS DEL ESTUDIANTE POR MOTIVOS DE SALUD

El plan de Ultradent Products, Inc. puede extender la cobertura médica a los hijos dependientes si ellos pierden su elegibilidad de cobertura debido a una ausencia escolar necesaria por motivos médicos de una institución educativa de estudios superiores (incluyendo un colegio técnico o universidad). La cobertura puede prorrogarse hasta por un año, a menos que la elegibilidad del hijo termine en fecha más temprana por otros motivos.

La cobertura extendida está disponible si la ausencia escolar del hijo —o cambio de condición en la inscripción escolar (por ejemplo, cambiarse de estudiante de tiempo completo a tiempo parcial)— comienza cuando dicho hijo tiene una enfermedad o lesión grave, es necesario por razones médicas, y de otra manera causa que termine la elegibilidad de cobertura del estudiante en virtud del plan. Puede ser necesario presentar una certificación escrita del médico de su hijo que indique que su hijo sufre de una enfermedad o lesión grave y que la ausencia escolar es necesaria por motivos médicos.

Si la cobertura proporcionada por el plan cambia durante este período de un año, el plan proporcionará la cobertura modificada para el resto de la licencia.

Si su hijo perderá elegibilidad de cobertura debido a una ausencia escolar necesaria por motivos médicos y usted desea que se le extienda la cobertura, llame a Mercer MarketPlace 365 al 844-344-8830 tan pronto como la necesidad de la ausencia haya sido reconocida por Ultradent Products, Inc. Además, comuníquese con el plan de salud de su hijo para verificar la aplicabilidad a sus beneficios de cualquiera de las leyes estatales que requieran la extensión de la cobertura.

AVISO SOBRE LA AYUDA PARA EL PAGO DE PRIMAS EN VIRTUD DE MEDICAID Y EL PROGRAMA DE SEGURO DE SALUD INFANTIL (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es además elegible para cobertura de salud a través de su empleador, el estado donde usted reside quizá pueda tener un programa de asistencia de primas para ayudarle a pagar la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no podrán ser elegibles para estos programas de ayuda para el pago de primas, pero quizá pueda adquirir cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros de Salud. Si desea obtener más información, visite www.healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y residen en uno de los estados que se indican más adelante, comuníquese con la oficina estatal de Medicaid o CHIP para determinar si está disponible la ayuda para el pago de primas.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y usted cree que usted o cualquiera de sus dependientes podría ser elegible para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina estatal de Medicaid o de CHIP, o bien, marque el **1-877-KIDS NOW** o visite www.insurekidsnow.gov para enterarse de cómo solicitar su inscripción. Si usted califica, pregunte si el estado tiene un programa que pudiese ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir ayuda para el pago de primas en virtud de Medicaid o CHIP, así como también son elegibles en virtud del plan de su empleador, su empleador deberá permitirle inscribirse en su plan de empleador si aún no estuviese inscrito. Esto se llama una oportunidad de "inscripción especial", y **usted debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días después que se determine su elegibilidad para recibir la ayuda para el pago de primas**. Si tiene preguntas acerca de cómo inscribirse en su plan del empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo en www.askebsa.dol.gov o llame al **1-866-444-EBSA (3272)**.

Si usted reside en uno de los estados siguientes, quizá sea elegible para recibir ayuda para el pago de las primas del plan de salud de su empleador. La lista de estados a continuación está vigente al 31 de julio de 2022. Comuníquese con la oficina en su estado para obtener más información sobre elegibilidad.

ALABAMA – Medicaid	COLORADO – Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)
Sitio web: http://myalhipp.com/ Teléfono: 1-855-692-5447	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://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus CHP+ Servicio al cliente: 1-800-359-1991/Retransmisión estatal 711 Health Insurance Buy-In Program (HIBI): https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/health-insurance-buy-program Servicio al cliente de HIBI: 1-855-692-6442
ALASKA – Medicaid	FLORIDA – Medicaid
El AK Health Insurance Premium Payment Program Sitio web: http://myakhipp.com/ Teléfono: 1-866-251-4861 Correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad para Medicaid: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx	Sitio web: https://www.flmedicaidprecovery.com/flmedicaidprecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268
ARKANSAS – Medicaid	GEORGIA – Medicaid
Sitio web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Sitio web de GA HIPP: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162, oprima el 1 Sitio web GA CHIPRA: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Teléfono: (678) 564-1162, oprima el 2
CALIFORNIA – Medicaid	INDIANA – Medicaid
Programa de asistencia para el pago de primas de seguro médico (Health Insurance Premium Payment - HIPP) Sitio web: http://dhcs.ca.gov/hipp Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov	Plan Healthy Indiana para adultos de bajos ingresos 19-64 Sitio web: http://www.in.gov/fssa/hip/ Teléfono: 1-877-438-4479 Todo lo demás de Medicaid Sitio web: https://www.in.gov/medicaid/ Teléfono 1-800-457-4584
IOWA - Medicaid y CHIP (Hawki)	MONTANA – Medicaid
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 Teléfono de HIPP: 1-888-346-9562 HIPP : https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp	Sitio web: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084 Correo electrónico: HSHIPPProgram@mt.gov
KANSAS – Medicaid	NEBRASKA – Medicaid
Sitio web: https://www.kancare.ks.gov/ Teléfono: 1-800-792-4884	Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178

<p align="center">KENTUCKY – Medicaid</p> <p>Sitio web del Programa de Pago de Primas del Seguro Médico Integrado de Kentucky (KI-HIPP): 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://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-877-524-4718 Sitio web de KY Medicaid: https://chfs.ky.gov</p>	<p align="center">NEVADA – Medicaid</p> <p>Sitio web de Medicaid: http://dhcftp.nv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900</p>
<p align="center">LOUISIANA – Medicaid</p> <p>Sitio web: www.medicaid.la.gov o www.lh.la.gov/lahipp Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)</p>	<p align="center">NEW HAMPSHIRE – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Teléfono: 603-271-5218 Número gratuito de larga distancia para el programa HIPP: 1-800-852-3345, ext. 5218</p>
<p align="center">MAINE – Medicaid</p> <p>Sitio web para la inscripción: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Servicio de retransmisión en Maine 711 Página web de primas de seguro de salud privado: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-977-6740 TTY: Servicio de retransmisión en Maine 711</p>	<p align="center">NEW JERSEY – Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Teléfono de Medicaid: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: http://www.nifamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710</p>
<p align="center">MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web: https://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840 TTY: (617) 886-8102</p>	<p align="center">NEW YORK – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831</p>
<p align="center">MINNESOTA – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp Sitio web: 1-800-657-3739</p>	<p align="center">NORTH CAROLINA – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov/ Teléfono: 919-855-4100</p>
<p align="center">MISSOURI – Medicaid</p> <p>Sitio web: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005</p>	<p align="center">NORTH DAKOTA – Medicaid</p> <p>Sitio web: http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/ Teléfono: 1-844-854-4825</p>
<p align="center">OKLAHOMA – Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742</p>	<p align="center">UTAH – Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web de Medicaid: https://medicaid.utah.gov/ Sitio web de CHIP: http://health.utah.gov/chip Teléfono: 1-877-543-7669</p>
<p align="center">OREGON – Medicaid</p> <p>Sitio web: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx http://www.oregonhealthcare.gov/index-es.html Teléfono: 1-800-699-9075</p>	<p align="center">VERMONT – Medicaid</p> <p>Sitio web: http://www.greenmountaincare.org/ Teléfono: 1-800-250-8427</p>
<p align="center">PENNSYLVANIA – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.dhs.pa.gov/providers/Providers/Pages/Medical/HIPP-Program.aspx Teléfono: 1-800-692-7462</p>	<p align="center">VIRGINIA – Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web: https://www.coverva.org/en/famis-select https://www.coverva.org/en/hipp Teléfono de Medicaid: 1-800-432-5924 Teléfono de CHIP: 1-800-432-5924</p>
<p align="center">RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 1-855-697-4347, o 401-462-0311 (Línea Directa de Rite Share)</p>	<p align="center">WASHINGTON – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.hca.wa.gov/ Teléfono: 1-800-562-3022</p>
<p align="center">SOUTH CAROLINA – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820</p>	<p align="center">WEST VIRGINIA – Medicaid</p> <p>Sitio web: http://mywvhipp.com/ Teléfono sin costo de larga distancia: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)</p>
<p align="center">SOUTH DAKOTA – Medicaid</p> <p>Sitio web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059</p>	<p align="center">WISCONSIN – Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002</p>
<p align="center">TEXAS – Medicaid</p> <p>Sitio web: http://gethipptexas.com/ Teléfono: 1-800-440-0493</p>	<p align="center">WYOMING – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Teléfono: 1-800-251-1269</p>

Para ver si otros estados han agregado un programa de ayuda de primas desde el 31 de julio de 2022, o para obtener más información sobre derechos especiales de inscripción, puede comunicarse con cualquiera de los siguientes:

U.S. Department of Labor
 Employee Benefits Security Administration
www.dol.gov/agencies/ebsa
 1-866-444-EBSA (3272)

U.S. Department of Health and Human Services
 Centers for Medicare & Medicaid Services
www.cms.hhs.gov
 1-877-267-2323, Opción de menú 4, Ext. 61565

AVISO DE PRIVACIDAD DE HIPAA EN ULTRADENT PRODUCTS, INC.

Le sugerimos analizar cuidadosamente este aviso. Este describe cómo la información médica suya puede ser utilizada y divulgada y cómo usted puede obtener acceso a esta información.

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud de 1996 (HIPAA) impone numerosos requisitos sobre el uso y divulgación de información de salud individual que realizan los planes médicos de Ultradent Products, Inc. Esta información, conocida como “información protegida de salud”, incluye casi toda la información de salud identificable individualmente que un plan maneja, ya sea que se haya recibido por escrito, por medios electrónicos o a través de comunicaciones verbales. Este aviso describe las prácticas de privacidad de estos planes: Planes de SelectHealth y Cigna con deducibles de \$800, \$1,500 y \$2,500, Planes dentales Standard y Enhanced de Cigna y Cuentas de gastos flexibles para cuidado de la salud. Los planes cubiertos por este aviso pueden compartir información de salud entre sí para llevar a cabo el tratamiento, pagos o gestiones de cuidado de la salud. En este aviso, a estos planes se les llama colectivamente “el Plan”, a menos que se especifique de manera diferente.

OBLIGACIONES DEL PLAN CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN DE SALUD ACERCA DE USTED

La ley estipula que el Plan mantenga la privacidad de su información de salud y proporcionarle este aviso de las obligaciones legales del Plan y las prácticas de privacidad con respecto a su información de salud. Si usted participa en una opción de plan asegurado, recibirá una notificación directamente de la compañía de seguros. Es importante hacer notar que estas reglas se aplican al Plan, no a Ultradent Products, Inc. como empleador, esa es la manera en que funcionan las normativas HIPAA. Es posible que se apliquen diferentes políticas a otros programas de Ultradent Products, Inc. o a datos no relacionados con el Plan.

CÓMO PUEDE EL PLAN UTILIZAR O DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD

Las normativas de privacidad generalmente permiten el uso y la divulgación de su información de salud sin su permiso (conocido como una autorización) para fines del tratamiento de cuidado de la salud, actividades de pago y gestiones de cuidado de la salud. He aquí algunos ejemplos de lo que eso podría incluir:

- **Tratamiento**, incluye la provisión, coordinación o gestión del cuidado de la salud a cargo de uno o más proveedores de cuidado de la salud o médicos. El tratamiento también puede incluir la coordinación o la administración de la atención entre un proveedor y un tercero, y las consultas y referencias entre proveedores. Por ejemplo, el Plan puede compartir su información de salud con médicos que le estén brindando tratamiento.
- **Pago**, incluye actividades realizadas por este Plan, otros planes o proveedores para obtener primas, realizar determinaciones de cobertura y proveer reembolsos por gastos de cuidado de la salud. Esto puede incluir las determinaciones de elegibilidad, revisar servicios en cuanto a la necesidad o conveniencia médica, participar en actividades de gestión de la utilización, manejo de reclamaciones y facturación; así como funciones del plan “tras bambalinas” tales como ajustes de riesgo, cobranzas o reaseguros. Por ejemplo, el Plan puede compartir información acerca de su cobertura o los gastos que usted haya incurrido con otro plan a fin de coordinar el pago de beneficios.
- **Gestiones de cuidado de la salud**, incluyen actividades realizadas por este Plan (y en limitadas circunstancias otros planes o proveedores), tales como programas de bienestar y de evaluación de riesgo, evaluación de la calidad y actividades de mejoramiento, servicio al cliente y resolución de quejas internas. Las gestiones de cuidado de la salud incluyen además la evaluación de proveedores; participación en la evaluación de credenciales, actividades de capacitación y acreditación; realizar calificaciones de aseguramiento y primas; hacer arreglos para revisiones médicas y actividades de auditoría, y llevar a cabo actividades de planificación y desarrollo empresarial. Por ejemplo, el Plan puede utilizar información acerca de sus reclamaciones para auditar a terceros que aprueben pagos para los beneficios del Plan.

La cantidad de información de salud utilizada, divulgada o solicitada estará limitada y, cuando sea necesario, restringida al mínimo necesario para lograr los propósitos previstos, según lo definido en virtud de las normativas HIPAA. Si el Plan utiliza o divulga PHI (Información Protegida de Salud) para fines de aseguramiento, el Plan no utilizará ni divulgará PHI que constituya su información genética para dichos propósitos.

CÓMO PUEDE EL PLAN COMPARTIR SU INFORMACIÓN DE SALUD CON ULTRADENT PRODUCTS, INC.

El Plan, la compañía de seguro médico o la Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO) pueden divulgar su información de salud, sin requerir autorización escrita, a Ultradent Products, Inc. para fines administrativos del plan. Ultradent Products, Inc. puede necesitar su información de salud para administrar beneficios en virtud del Plan. Ultradent Products, Inc. acuerda no utilizar ni divulgar su información de salud que no sea aquella que esté permitida o sea requerida por los documentos del Plan y por la ley. El personal de Beneficios son los únicos empleados de Ultradent Products, Inc. que tendrán acceso a su información de salud para realizar sus funciones y administración del plan.

He aquí como la información adicional puede compartirse entre el Plan y Ultradent Products, Inc. según lo permiten las normativas HIPAA:

- El Plan, o la compañía de seguros, o la HMO pueden divulgar “información de salud resumida” a Ultradent Products, Inc. si así se solicita, con el fin de obtener cotizaciones de primas para proporcionar cobertura en virtud del Plan, o para modificar, enmendar o cancelar el Plan. La información resumida de salud es información que resume la información sobre reclamaciones de los participantes, de las cuales se han eliminado los nombres y cualquier otra información que los identifique.
- El Plan, o la compañía de seguros, o la HMO pueden divulgar a Ultradent Products, Inc. información sobre si una persona es participante en el Plan o si se ha inscrito o excluido en una opción de seguros o HMO ofrecidas por el Plan.

Además, usted debe saber que Ultradent Products, Inc. no puede y de hecho no utilizará información de salud obtenida del Plan para acciones relacionadas con el empleo. Sin embargo, la información de salud recolectada por Ultradent Products, Inc. de otras fuentes, por ejemplo, en virtud de lo estipulado por la ley de permisos médicos y familiares, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, o el Seguro de Compensación del Trabajador no está protegida en virtud de HIPAA (no obstante que este tipo de información puede estar protegida en virtud de otras leyes federales o estatales).

OTROS USOS O DIVULGACIONES PERMISIBLES DE SU INFORMACIÓN DE SALUD

En algunos casos, su información de salud puede ser divulgada sin autorización a un familiar, amigo cercano u otra persona que usted identifique y que está involucrada en su cuidado o pago de su cuidado de salud. La información acerca de su ubicación, condición general o fallecimiento puede ser provista a una persona similar (o a una entidad pública o privada que esté autorizada para ayudar en esfuerzos de alivio de desastres). Usted generalmente tendrá la oportunidad de aceptar u objetar estas divulgaciones (no obstante que se puede hacer excepciones, por ejemplo, si usted no está presente o si está incapacitado). Además, su información de salud puede ser divulgada sin autorización a su representante legal. El Plan tiene permitido también hacer uso o divulgar su información de salud sin requerir de su autorización escrita para las actividades siguientes:

- **Seguro de compensación a los trabajadores:** Las divulgaciones al seguro de compensación a los trabajadores o programas jurídicos similares que proveen beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo sin perjuicio de responsabilidad, según lo autoricen las leyes y sean necesarias para el cumplimiento de estas
- **Necesario para prevenir amenazas graves a la salud o a la seguridad:** Las divulgaciones realizadas bajo la noción, en buena fe, de que divulgar su información de salud es necesario para prevenir o aminorar una amenaza grave o inminente a la salud o seguridad pública o personal, si se hacen a alguien razonablemente apto para prevenir o aminorar la amenaza (o al objetivo de la amenaza); incluyen divulgaciones para ayudar a los funcionarios de las fuerzas del orden público a identificar o apresar a un individuo que ha admitido su participación en un delito violento que el Plan razonablemente considera que puede causar daño físico grave a una víctima, o donde aparentemente la persona se ha escapado de prisión o de la custodia judicial
- **Actividades de salud pública:** Las divulgaciones autorizadas por la ley a personas que pueden estar en riesgo de contraer o transmitir una enfermedad o afección médica, las divulgaciones a autoridades de salud pública a fin de prevenir o controlar enfermedades o reportar casos de abuso o abandono infantil; y las divulgaciones a la Administración de Alimentos y Fármacos para recolectar y reportar eventos adversos o defectos de productos
- **Víctimas de abuso, abandono o violencia doméstica:** Las divulgaciones a las autoridades gubernamentales, incluidas las agencias de servicio social o de servicios protegidos autorizadas por ley para recibir reportes de abuso, abandono o violencia doméstica, según lo estipula la ley o si usted lo acepta, o si el Plan considera que es necesaria la divulgación a fin de prevenir lesiones graves a usted o a sus víctimas potenciales (se le notificará sobre la divulgación del Plan si dicha información no aumentará su exposición al riesgo)
- **Procedimientos judiciales y administrativos:** Divulgaciones en respuesta a una orden judicial o administrativa, citatorios, petición de descubrimiento u otros procesos jurídicos (el Plan puede estar obligado a notificarle sobre la petición o recibir garantía satisfactoria de la parte que busca su información de salud que se han hecho esfuerzos para notificarle u obtener una orden de protección calificada respecto a la información)
- **Fines de las autoridades del orden público:** Las divulgaciones a funcionarios de las entidades del orden público requeridas por la ley o por procesos judiciales, o para identificar a un sospechoso, fugitivo, testigo o persona desaparecida; las divulgaciones acerca de una víctima de un delito si usted está de acuerdo o si la divulgación es necesaria para la actividad inmediata de las autoridades del orden público; las divulgaciones acerca de un fallecimiento que pueda haber resultado de conductas delictivas; y la divulgación para proporcionar evidencia de conducta criminal en las instalaciones del Plan
- **Fallecidos:** Las divulgaciones a un médico forense o examinador médico para identificar al fallecido o para determinar la causa de la muerte y a los directores de funeraria para llevar a cabo sus obligaciones
- **Donación de órganos, ojos o tejido:** Divulgaciones para las organizaciones de obtención de órganos u otras entidades para facilitar la donación y trasplante de órganos, ojos o tejidos después de la muerte
- **Propósitos de investigación:** Divulgaciones sujetas a la aprobación por parte de junta de revisión institucionales o de práctica privada, sujeta a ciertas garantías y representaciones realizadas por los investigadores acerca de la necesidad de usar su información de salud y el tratamiento de una información durante un proyecto de investigación
- **Actividades de supervisión en el cuidado de la salud:** Divulgaciones a agencias de salud para actividades autorizadas por la ley (auditorías, inspecciones, investigaciones o acciones de otorgamiento de licencias) para la supervisión del sistema de cuidado de la salud, programas gubernamentales de beneficios para los cuales la información de salud es pertinente para la elegibilidad de beneficiarios y para el cumplimiento de programas normativos o leyes de derechos civiles
- **Funciones especializadas del gobierno:** Las divulgaciones acerca de individuos que son parte del personal de las Fuerzas Armadas o personal militar extranjero bajo el comando militar apropiado; divulgaciones a funcionarios federales autorizados para actividades de seguridad nacional o inteligencia; y divulgaciones a instalaciones correccionales o funcionarios de las agencias del orden público de custodia acerca de los internos
- **Investigaciones de HHS:** Divulgaciones de su información de salud al Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar el cumplimiento del plan respecto a la normativa de privacidad de HIPAA

Excepto lo indicado en esta notificación, otros usos y divulgaciones podrán hacerse solamente después de que usted otorgue su autorización escrita. Por ejemplo, en la mayoría de los casos, el Plan obtendrá su autorización antes de intentar comunicarse con usted sobre los productos o programas si el Plan recibe remuneración alguna por realizar dichas comunicaciones. Si mantenemos notas de psicoterapia en nuestros registros, obtendremos su autorización en algunos casos antes de divulgar dichos registros. El Plan nunca venderá su información de salud a menos que usted nos haya otorgado su autorización para hacerlo. Usted puede revocar su autorización según lo permiten las normativas HIPAA. Sin embargo, no se puede revocar su autorización con respecto a las divulgaciones que el Plan ya haya realizado. Usted recibirá notificación sobre cualquier acceso no autorizado, uso o divulgación de su información de salud no protegida según lo determine la ley.

El Plan le notificará si se entera de que ha habido alguna pérdida de su información de salud de manera tal que pudiese comprometer la privacidad de su información de salud.

SUS DERECHOS INDIVIDUALES

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información de salud que el Plan mantiene en su poder. Estos derechos están sujetos a ciertas limitaciones, según lo expresado a continuación. Esta sección del aviso describe como usted puede ejercer cada derecho individual. Consulte la sección de Contactos al final de este aviso para obtener información sobre cómo presentar las solicitudes.

DERECHO DE SOLICITAR RESTRICCIONES SOBRE CIERTOS USOS Y DIVULGACIONES DE SU INFORMACIÓN DE SALUD Y EL DERECHO QUE TIENE EL PLAN PARA REHUSARLAS

Usted tiene el derecho de solicitar al Plan la restricción del uso y divulgación de su información de salud para fines de tratamiento, pago o gestiones de cuidado de la salud, excepto para usos o divulgaciones requeridas por la ley. Usted puede tener el derecho de solicitar al Plan la restricción del uso y divulgación de su información de salud a familiares, amigos cercanos u otras personas que usted identifique como participantes en su cuidado o en el pago de su cuidado. Además, puede tener el derecho de solicitar al Plan la restricción del uso y divulgación de información de salud para notificar a dichas personas sobre su ubicación, condición general o fallecimiento; o para coordinar dichos esfuerzos con entidades que ayudan en los esfuerzos de alivio en caso de desastre. Si usted desea ejercer este derecho, su solicitud al Plan debe hacerse por escrito.

El Plan no tiene obligación de aceptar una restricción solicitada. Si el Plan así lo acepta, una restricción puede posteriormente ser terminada mediante su solicitud por escrito, mediante acuerdo entre usted y el Plan (incluido un acuerdo verbal) o unilateralmente por el Plan para información de salud creada o recibida después de que usted haya recibido notificación que el Plan ha eliminado las restricciones. El Plan puede además divulgar información de salud acerca de usted si usted necesita tratamiento de emergencia, incluso si el plan ha acordado supeditarse a una restricción.

Una entidad cubierta por estas normativas HIPAA (tal como su proveedor de cuidados de la salud) o su asociado empresarial deberá cumplir con la solicitud de que su información de salud respecto a un artículo o servicio de cuidado de la salud específico no sea divulgada al Plan para fines de pago o para operaciones de cuidado de la salud si usted ha pagado por el artículo o servicio, por completo como gasto de su propio bolsillo.

DERECHO DE RECIBIR COMUNICACIONES CONFIDENCIALES DE SU INFORMACIÓN DE SALUD

Si usted considera que la divulgación de su información de salud por los medios usuales podría ponerle en peligro de alguna manera, el Plan acomodará solicitudes para recibir comunicaciones de información de salud del Plan mediante medios alternativos o en ubicaciones alternativas.

Si desea ejercer este derecho, su petición al Plan deberá hacerse por escrito y en ella deberá incluir una declaración de cómo la divulgación de la totalidad o parte de la información podría ponerle en peligro a usted.

DERECHO DE INSPECCIONAR Y COPIAR SU INFORMACIÓN DE SALUD

Con ciertas excepciones, usted tiene el derecho de inspeccionar u obtener una copia de su información de salud en un “conjunto designado de registro”. Esto puede incluir registros médicos y de facturación conservados para un proveedor de cuidado de la salud, pagos de inscripciones, adjudicación de reclamaciones y sistemas de registro de gestión médica o de casos en poder de un Plan; o un grupo de registros que el Plan utilice para tomar decisiones acerca de personas. Sin embargo, usted no tiene derecho a inspeccionar ni a obtener copias de notas de psicoterapia o información recopilada para procesos civiles, penales o administrativos. El Plan puede negarle su derecho de acceso, no obstante que en ciertas circunstancias usted puede solicitar una revisión de la negativa.

Si usted desea ejercer este derecho, su solicitud al Plan debe hacerse por escrito. En un plazo no mayor de 30 días después del recibo de su solicitud (60 días si la información de salud no está accesible en el sitio), el Plan le proporcionará una de las siguientes respuestas:

- El acceso o las copias que usted haya solicitado.
- Una negativa escrita que explique por qué su solicitud fue denegada y cualesquiera derechos que usted pueda tener para solicitar una revisión de la negativa o presentar una queja.
- Una declaración escrita que el plazo para revisión de su solicitud será extendido un plazo no mayor de 30 días adicionales, junto con los motivos para la demora y la fecha límite en la cual el Plan espera resolver su solicitud.

Además, usted puede solicitar que su información electrónica de salud le sea enviada a otra entidad o persona, siempre y cuando dicha solicitud sea clara, conspicua y específica. El Plan puede proporcionarle un resumen o una explicación de la información en vez del acceso a o las copias mismas de su información de salud, si usted acuerda anticipadamente y paga cualesquier tarifas aplicables. El Plan puede además cobrarle cargos razonables por copias o envío postal. Si el Plan no mantiene la información de salud, pero sabe dónde se conserva esta, se le informará a usted sobre dónde debe dirigir su solicitud.

Si el Plan lleva sus registros en formato electrónico, puede solicitar una copia electrónica de su información de la salud en una forma y formato fácilmente reproducible por el Plan. Además, usted puede solicitar que dicha información electrónica de salud se le envíe a otra entidad o persona, siempre y cuando dicha solicitud sea clara, conspicua y específica. Cualesquier cargos que se le apliquen a usted por estas copias deberán ser razonables y estar basados en los costos del Plan.

DERECHO DE ENMENDAR SU INFORMACIÓN DE LA SALUD QUE ES INEXACTA O INCOMPLETA

Con ciertas excepciones, usted tiene el derecho de solicitar que el Plan enmiende su información de salud en un conjunto designado de registro. El Plan puede denegar su solicitud por diversas razones. Por ejemplo, su solicitud puede ser denegada si la información del plan es exacta y completa, no fue creada por el Plan (a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible), no es parte del conjunto designado de registro, o no está disponible para inspección (por ejemplo, notas de psicoterapia o información compilada para procesos civiles, penales o administrativos).

Si decide ejercer este derecho, su solicitud al Plan deberá hacerla por escrito, y deberá incluir una declaración que respalde la enmienda solicitada. En un plazo de 60 días después de recibida su solicitud, el Plan tomará una de estas acciones:

- Hará la enmienda según lo solicitado.
- Proporcionará una negativa escrita que explique por qué su solicitud fue denegada y cualesquier derechos que usted pueda tener para no estar de acuerdo o presentar una queja.
- Proporcionará una declaración escrita de que el plazo para revisar su solicitud será prorrogado por no más de 30 días, junto con las razones por el retardo y la fecha antes de la cual el Plan espera resolver su solicitud.

DERECHO DE RECIBIR UN DESGLOSE DE DIVULGACIONES DE SU INFORMACIÓN DE SALUD

Usted tiene derecho a una lista de ciertas divulgaciones de su información de salud que el Plan haya realizado. Esto se conoce a menudo como un “desglose de divulgaciones”. Por lo general, usted puede recibir este desglose si la divulgación fue requerida por la ley, en conexión con actividades de salud pública, o en situaciones similares enumeradas en la sección Otros usos o divulgaciones permisibles de su información de salud en este aviso, a menos que se indique de manera diferente más adelante.

Usted puede recibir información sobre divulgaciones de su información de salud para un período de hasta seis años antes de la fecha de su solicitud. Usted no tiene derecho de recibir un desglose de ninguna divulgación realizada en cualquiera de las circunstancias siguientes:

- Para tratamiento, pago o gestiones de cuidado de la salud.
- Para usted, con respecto a su propia información de salud.
- Incidente a otras divulgaciones permitidas o requeridas.
- Cuando se haya brindado autorización.
- A familiares o amigos involucrados en su cuidado (donde las divulgaciones estén permitidas sin requerir autorización).
- Para fines de seguridad nacional o inteligencia o para instituciones correccionales o funcionarios de agencias del orden público en ciertas circunstancias.
- Como parte de un “conjunto limitado de datos” (información de salud que excluye cierta información que le identifique).

Además de su derecho a un desglose de divulgaciones a una agencia de supervisión de servicios de salud o a un funcionario del orden público puede ser suspendido a solicitud de la agencia o funcionario.

Si usted desea ejercer este derecho, su solicitud al Plan debe hacerse por escrito. En un plazo de 60 días después de la solicitud, el Plan le proveerá la lista de divulgaciones o una declaración escrita de que el plazo para proporcionar esta lista será prorrogado por no más de 30 días adicionales, junto con los motivos para la demora y la fecha antes de la cual el Plan espera resolver su solicitud. Usted puede hacer una solicitud en cualquier período de 12 meses sin costo para usted, pero el Plan puede cobrarle una tarifa por solicitudes subsiguientes. Se le notificará anticipadamente sobre la tarifa y tendrá la oportunidad de cambiar o revocar su solicitud.

DERECHO DE OBTENER UNA COPIA IMPRESA DE ESTE AVISO DEL PLAN A SOLICITUD

Usted tiene el derecho de obtener una copia impresa de este aviso de privacidad cuando así lo solicite. Incluso individuos que han acordado recibir este aviso electrónicamente pueden solicitar una copia impresa en cualquier momento.

CAMBIOS A LA INFORMACIÓN EN ESTE AVISO

El Plan debe regirse por los términos del Aviso de privacidad actualmente vigente. Este aviso entrará en vigor en julio de 2023. Sin embargo, el Plan se reserva el derecho de cambiar los términos de sus políticas de privacidad, según lo descrito en este aviso, en cualquier momento e implementar nuevas cláusulas para toda la información de salud que el Plan mantiene. Esto incluye información de salud que fue previamente creada o recibida, no solamente información de salud creada o recibida después de realizarse los cambios en la póliza. Si se realizan cambios a las políticas de privacidad del Plan descritas en este aviso, usted recibirá un aviso de privacidad revisado.

QUEJAS

Si usted considera que se han infringido sus derechos de privacidad o que su Plan no ha cumplido sus obligaciones legales en virtud de HIPAA, usted puede quejarse ante el Plan y ante la Secretaría de Salud y Servicios Humanos. Usted no recibirá represalias por presentar una queja. Para presentar una queja, comuníquese con Carol Pugmire al 801-533-4410 o en carol.pugmire@ultradent.com.

CONTACTOS

Si desea más información sobre las políticas de privacidad del Plan o sobre sus derechos en virtud de HIPAA, comuníquese con Carol Pugmire al 801-533-4410 o en carol.pugmire@ultradent.com.