



bettertogether
FOR TOTAL WELLBEING

Guía de Decisión de Beneficios 2026



PYRAMID
GLOBAL HOSPITALITY

¡Bienvenido/a!



En Pyramid Global Hospitality, cuidar de nuestros asociados es la esencia de lo que somos. Nuestro compromiso va más allá de ofrecer solo un lugar de trabajo; se trata de fomentar una cultura en la que cada persona pueda prosperar en todos los aspectos de su vida. Como empleador de “primera clase”, priorizamos el bienestar de nuestros asociados en cada parte de nuestras operaciones. Desde capacitación integral y oportunidades de desarrollo hasta un ambiente de trabajo solidario que valora la diversidad y la inclusión, estamos dedicados a asegurar que cada individuo se sienta valorado y apoyado. Siempre creemos en poner a las personas primero, ya que este principio está profundamente arraigado en nuestra cultura, valores y en la forma en que apoyamos el bienestar total de nuestros asociados.

Por lo tanto, entendemos que el verdadero bienestar se extiende más allá de la salud física. BetterTogether es nuestro Programa de Bienestar integral diseñado para apoyarlo en cada faceta de su vida. Construido sobre cuatro pilares fundamentales —Físico, Emocional, Financiero y Social— nuestro programa ofrece una variedad de recursos y apoyo para enriquecer tanto la vida personal como profesional.



Bienestar Físico: Manténgase saludable y con energía con nuestros beneficios de salud, programas de acondicionamiento físico, iniciativas de bienestar y recursos destinados a ayudarlo a mantener un estilo de vida equilibrado.



Bienestar Financiero: Tome el control de su futuro financiero con nuestras herramientas de planificación financiera, talleres educativos y recursos para ayudarlo a lograr una mayor estabilidad y seguridad financiera.



Bienestar Emocional: Cultive la resiliencia y la inteligencia emocional con nuestras prácticas de atención plena, recursos de salud mental y redes de apoyo diseñadas para nutrir su salud mental y emocional.



Bienestar social: Construya conexiones significativas y fomente un sentido de pertenencia a través de nuestros eventos comunitarios, oportunidades de establecer contactos y sistemas de apoyo diseñados para mejorar sus conexiones sociales y redes de apoyo.

Creemos que cuando nuestros asociados prosperan, toda nuestra organización prospera. Por eso nos comprometemos a brindarle el apoyo, los recursos y las oportunidades que necesita para florecer en todos los aspectos de su vida.

Bienvenido al Programa de Bienestar BetterTogether de Pyramid Global, porque juntos, somos mejores.

Prepárese

Bienvenido a su Programa de Beneficios de Pyramid Global Hospitality

Estamos emocionados de compartir detalles sobre sus beneficios, que juegan un papel importante en el apoyo a su salud y la protección del futuro financiero de su familia. Tómese el tiempo para revisar sus opciones y tomar las decisiones que mejor se adapten a usted.

- Si es un **empleado nuevo**: Use esta guía para conocer sus beneficios e inscribirse en la cobertura como parte de su proceso de incorporación.
- Si es un **asociado actual** que participa en la Inscripción Abierta de este año (del 27 de octubre al 7 de noviembre): Esta es una inscripción pasiva, lo que significa que sus beneficios actuales de 2025 se transferirán a 2026. Sin embargo, debe iniciar sesión para inscribirse o actualizar sus contribuciones a la HSA o FSA y para realizar cualquier otro cambio en los beneficios para 2026.

Nos importa marcar la diferencia

En Pyramid Global Hospitality, nos esforzamos por ofrecer a los asociados opciones de beneficios valiosas y económicas diseñadas para cuidar su bienestar físico, emocional, financiero y social. De hecho, ofrecemos opciones de planes que le brindan elecciones significativas alineadas con lo que usted valora, ya sea que esté soltero, casado, criando una familia o pensando en la jubilación.

Tome acción

Esta guía proporciona una descripción general de sus beneficios de 2026 y explica cómo inscribirse. Léala atentamente para que comprenda completamente sus opciones y aproveche al máximo todo lo que ofrece su programa de beneficios de Pyramid Global Hospitality.

Tenga en cuenta que debe inscribirse para recibir cobertura, con la excepción de aquellas coberturas que recibe automáticamente y no requieren inscripción, como el seguro de vida básico y el seguro de muerte y desmembramiento accidental básico.



EXPLORE

Conozca los beneficios y los socios de beneficios de Pyramid Global Hospitality visitando el portal BetterTogether for Total Wellbeing a través de Workday.



INSCRÍBASE

Evalúe sus necesidades y elija la cobertura que le brinde el apoyo que desea.



PARTICIPE

Manténgase involucrado en su salud; esté al día con la atención preventiva, sepa qué está cubierto, compare costos, use proveedores dentro de la red y acceda a los recursos para miembros para aprovechar al máximo su plan.

IMPORTANTE: ¡Por favor, lea!

Si usted (y/o sus dependientes) tienen Medicare o serán elegibles para Medicare antes del 31 de diciembre de 2026, la ley federal le ofrece más opciones con respecto a su cobertura de medicamentos recetados. Consulte la sección de Avisos Legales al final de esta guía para obtener más detalles.



Su lista de verificación para la inscripción

Visite

Inicie sesión en Workday para obtener más información sobre sus opciones personales.

Cómo inscribirse

- Acceda a Workday 24/7 desde cualquier computadora o teléfono inteligente
- Haga clic en la tarea de Inscripción de Beneficios en su bandeja de entrada
- Siga las indicaciones para revisar cada beneficio y hacer sus selecciones



Inicie sesión en su cuenta de Workday: www.myworkday.com/benchmark



O descargue e inicie sesión en la aplicación de Workday Ingrese la organización: benchmark

Conozca a Alex, su herramienta de apoyo para la toma de decisiones sobre beneficios

Elegir los beneficios adecuados puede ser abrumador, pero Alex está aquí para ayudar. Alex es una herramienta interactiva y fácil de usar, desarrollada por JellyVision, que lo guía a través de sus opciones de beneficios paso a paso. Al hacer preguntas simples y personalizadas, Alex le ayuda a entender sus opciones y a sentirse seguro de que está seleccionando la cobertura que se ajusta a sus necesidades y a su presupuesto.

Cómo acceder a Alex

Puede acceder a Alex directamente a través de su tarea de Inscripción de Beneficios en Workday. Simplemente abra la tarea, haga clic en el enlace de JellyVision, seleccione su propiedad del menú desplegable y será guiado directamente a la herramienta.

Nota importante

Alex es una herramienta de apoyo para la decisión de beneficios diseñada para ayudarlo a entender sus opciones. Debe completar sus inscripciones de beneficios reales directamente en Workday para asegurarse de que su cobertura esté establecida para el año del plan 2026.

Centro de Beneficios para Asociados ASSOCIATE BENEFITS CENTER

¡El Centro de Beneficios para Asociados (ABC) es su equipo de conserjería de beneficios dedicado de Pyramid Global! Podemos ayudarlo con:

- Entender sus planes de beneficios
- Encontrar un proveedor
- Entender su facturación y costos
- Acceder a sus cuentas/portales de beneficios
- Aprovechar al máximo sus planes de beneficios
- Beneficios para asociados de medio tiempo y de todo el año
- ¡Y más!



benefitscenter@pyramidglobal.com

Envíe un correo electrónico a nuestro equipo de ABC con cualquier pregunta sobre sus beneficios.



www.myworkday.com/benchmark/wdhelp/helpcenter/create

Se pueden crear casos a través de la aplicación de Ayuda de Workday.

Elegibilidad

Quién puede inscribirse

Asociados – Usted es elegible para inscribirse en el programa de beneficios de Pyramid Global Hospitality si es un asociado de tiempo completo que trabaja 30 horas o más por semana. Los beneficios entran en vigor el primer día del mes siguiente a la fecha de contratación. Los nuevos contratados deben elegir sus beneficios dentro de los 30 días posteriores a su fecha de inicio.

Dependientes – Si se inscribe en los beneficios, también puede inscribir a sus dependientes elegibles en los mismos planes. Asegúrese de tener a la mano el número de Seguro Social y la fecha de nacimiento de cada dependiente (excepto recién nacidos) cuando esté listo para inscribirse. Los dependientes elegibles incluyen:

- Cónyuge legal, del mismo sexo o del sexo opuesto (excluyendo ex-cónyuges)
- Cónyuge de hecho o equivalente o pareja de hecho*
- Las leyes que rigen los matrimonios de hecho varían de un estado a otro
- Hijos dependientes** hasta los 26 años
- Hijos dependientes discapacitados y adultos que no pueden mantenerse por sí mismos

NOTA IMPORTANTE: Si tiene familiares que trabajan para Pyramid Global Hospitality, cada uno puede estar cubierto como asociado O como dependiente, pero no ambos

* Pagará la misma contribución de asociado por la cobertura que pagaría por un cónyuge. Sin embargo, debido a la ley fiscal federal, inscribir a su pareja de hecho (DP) afectará sus ingresos e impuestos sobre la nómina, a menos que su DP califique para beneficios con tratamiento fiscal favorable.

** Los hijos pueden incluir hijos biológicos, hijos adoptados, hijastros e hijos de quienes usted es el tutor legal, así como hijos de un cónyuge de hecho o pareja de hecho que califique.

Cambios de beneficios a mitad de año

Cuando ocurre un evento de vida que califica (QLE) durante el año del plan de beneficios, generalmente, tiene 30 días para cambiar cualquier beneficio que sea consistente con el evento. Si el evento se debe a la elegibilidad o pérdida de la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP), tiene 60 días para realizar cambios en su cobertura de beneficios. Los QLE incluyen, entre otros, los siguientes:

- Cambio en su estado civil legal (matrimonio, divorcio o separación legal)
- Cambio en el número de sus dependientes (nacimiento o adopción de un hijo, o pérdida del estado de elegibilidad como dependiente)
- Cambio en el estado laboral de su cónyuge que resulte en una pérdida o ganancia de cobertura
- Asociado, cónyuge o dependiente que toma una licencia sin goce de sueldo, lo que afecta la elegibilidad para los beneficios
- Cambio en su lugar de trabajo, lo que afecta los planes de beneficios ofrecidos
- Elegibilidad o pérdida de elegibilidad para la cobertura de Medicaid o CHIP

En ausencia de un QLE, debe esperar hasta la próxima Inscripción Abierta anual para cambiar sus beneficios.

Verificación de dependientes

Se le pedirá que proporcione pruebas de que cualquier nuevo dependiente que inscriba cumple con los requisitos de elegibilidad para los beneficios. Las formas de prueba aceptables incluyen un certificado de matrimonio, un certificado de nacimiento o una designación judicial formal.

Recibirá por correo las instrucciones en su dirección registrada de parte de Dependent Specialist Inc (DSI) para completar el proceso de verificación. El proceso debe finalizarse dentro de los 30 días posteriores a la elección de los beneficios para evitar que los dependientes sean eliminados de la cobertura. Los dependientes eliminados de la cobertura no serán elegibles para volver a inscribirse hasta la próxima inscripción abierta.

Puede llamar a la línea de servicio al cliente de DSI al **888-374-0150** para obtener información adicional.



Cobertura médica/farmacéutica



Palabras que debe conocer

Para seleccionar la cobertura adecuada para usted, es importante entender lo que ofrecen los planes. Use los siguientes términos para comprender palabras y frases desconocidas.

Prima – La cantidad de dinero que se deduce de cada cheque de pago para pagar el seguro de salud.

Deducible – La cantidad que usted paga de su bolsillo por atención y recetas antes de que su plan comience a compartir los costos.

Coseguro – El porcentaje que usted paga por la atención después de alcanzar el deducible.

Copago – La cantidad que debe pagar por ciertos tipos de atención en el momento del servicio.

Máximo de gastos de bolsillo – Lo máximo que tiene que pagar durante un año del plan.

Una cobertura médica de calidad es uno de los beneficios más valiosos que se le ofrecen como asociado de Pyramid Global Hospitality, y elegir qué plan médico funciona mejor para usted y su familia es una de las decisiones más importantes que tomará durante la inscripción. Use la información de esta guía para encontrar la opción adecuada. Luego, aproveche los recursos para miembros de su plan para sacar el máximo provecho de este y mantener un estilo de vida saludable.

4 planes disponibles

Tiene la opción de elegir entre cuatro planes de seguro médico. Estos planes incluyen una variedad de niveles de cobertura y costos, lo que le brinda la flexibilidad de seleccionar el plan adecuado para su situación. Encontrará un breve resumen de cada uno de los planes en esta guía. Los cuatro planes le proporcionan lo siguiente:

- Cobertura médica integral
- Atención preventiva gratuita dentro de la red, que incluye exámenes físicos anuales, exámenes de bienestar e inmunizaciones, algunas pruebas de detección de cáncer y más
- Cobertura de medicamentos recetados en farmacias y por correo a través de OptumRx
- Acceso conveniente a un sitio web para miembros del plan para mantenerse conectado con sus beneficios

4 planes de seguro médico para todas sus necesidades médicas

- 1 Surest
- 2 HPI Silver
- 3 UHC Value
- 4 UHC Saver

Obtenga más información sobre cada plan y vea cuál es el adecuado para usted en las siguientes páginas.



Opciones de planes médicos

A continuación se presenta un resumen de algunos de los beneficios cubiertos por las opciones de planes médicos y sus costos cuando recibe atención.

Opción de plan	Surest	HPI Silver	UHC Value	UHC Saver
Elegible para HSA	N/A	N/A	N/A	Sí
Cobertura dentro de la red				
Deducible anual				
Individual	\$0	\$1,500	\$4,000	\$3,500
Familiar	\$0	\$4,500	\$8,000	\$7,000
Máximo de gastos de bolsillo (por año calendario)				
Individual	\$6,500	\$5,000	\$8,000	\$7,500
Familiar*	\$13,000	\$10,000	\$16,000	\$15,000
Cobertura Médica				
Coseguro	0%	10%	20%	30%
Atención preventiva	0%	0%	0%	0%
Visita al médico de atención primaria	\$10-\$110	\$10	\$30	Solo ded.
Visita al especialista		\$50	\$100	Ded. y Coseg.
Visita de atención virtual	\$0 a \$110	\$10	\$30	0%
Visita a centro de atención de urgencia	\$110	\$50	\$100	Ded. y Coseg.
Hospitalización	Maternidad: \$2,400- \$4,500 Procedimientos: \$80 - \$5,500 Otros: \$4,500	Ded. y Coseg.	Ded. y Coseg.	Ded. y Coseg.
Atención ambulatoria	\$350-\$1,250	Ded. y Coseg.	Ded. y Coseg.	Ded. y Coseg.
Sala de emergencias	\$1,000	Ded. y Coseg.	Ded. y Coseg.	Ded. y Coseg.

Nota: En el plan HPI Silver, las coberturas dentro y fuera de la red son las mismas, sin embargo, los proveedores fuera de la red pueden aplicar facturación del saldo. En los planes Surest y UHC, existe un costo compartido diferente para la cobertura fuera de la red. Consulte su Descripción Resumida del Plan para más detalles y una lista completa de los servicios cubiertos.

* "Familiar" se aplica a la cobertura de Asociado + Hijo(s), Asociado + Cónyuge/Pareja de hecho y Familiar.

Información útil sobre deducibles y máximos de gastos de bolsillo

Para los planes Silver, Value y Saver, una vez que un miembro alcanza el deducible individual, los beneficios se pagan para ese individuo. Para todos los planes, una vez que un miembro de la familia alcanza el máximo de gastos de bolsillo individual, los beneficios se pagan para ese individuo.

Lantern: su guía para una excelente atención quirúrgica

Lantern está aquí para ayudarlo a encontrar la mejor atención y ahorrar dinero en el proceso. Si necesita una cirugía planificada que no sea de emergencia, llame al (844) 752-6168. Su Defensor de Atención de Lantern dedicado lo ayudará a encontrar un cirujano de primera categoría para sus necesidades.

La red de Lantern cubre miles de procedimientos, que incluyen:

- Reemplazos de articulaciones*
- Fusiones espinales*
- Cirugías bariátricas*
- Histerectomías
- Colonoscopias
- Amigdalectomías
- Y más



*Si está en el plan UHC Value o UHC Saver, se le requiere que se conecte con Lantern para los procedimientos en negrita.

*Lantern tiene un costo de \$0 de su bolsillo para los miembros, pero aquellos en el plan Saver deben cumplir primero con el deducible mínimo del IRS (\$1,700 individual/\$3,400 familiar).



Información importante sobre sus opciones de planes médicos de HPI:

- Los planes médicos de HPI funcionan igual que las ofertas de planes tradicionales hasta que usted requiere procedimientos o tratamientos no urgentes que se realizan en un centro, ya sea hospitalario o ambulatorio, como un hospital o un centro quirúrgico.
- Cuando necesite realizarse un tratamiento o procedimiento, se comunicará con su equipo de Pathways Concierge para obtener la precertificación del tratamiento.
- Su equipo de Pathways Concierge negociará con el centro para ahorrarle dinero a usted y al plan. Acuerdos negociados como este pueden ahorrar una cantidad significativa de dinero y pueden prevenir costos excesivos para ciertos procedimientos.

Sus costos serán diferentes para cada procedimiento y en cada hospital, pero aquí hay un ejemplo de cómo funcionarán sus planes médicos de HPI.

Procedimiento de ejemplo	PPO tradicional	Plan Médico HPI
Precio inicial:	\$75,000 (Lo que el hospital quiere facturar)	\$15,000 (Lo que Medicare pagaría por el mismo procedimiento)
Precio del plan:	\$45,000 (El hospital acuerda el 60% de la factura)	\$21,000 (El hospital acuerda el 140% del precio estándar de Medicare)
Coseguro:	Usted paga el 20%	Usted paga el 20%
Su factura:	\$9,000	\$4,200
AHORRO PARA USTED:		\$4,800

Pasos para la precertificación:

1. Su médico le recomendará un hospital y necesitará precertificar su tratamiento al menos siete días antes de la fecha del servicio. La precertificación es obligatoria para que el servicio sea cubierto por el plan.
2. Se notificará al centro del monto de reembolso del plan cuando los servicios se precertifiquen con antelación.
3. En algunos casos, HPI recomendará un proveedor alternativo si no puede llegar a un acuerdo con el hospital sobre un precio justo. Cuando sea posible, debe considerar el centro recomendado para evitar pagar de más por su tratamiento.
4. Su Pathways Concierge es un recurso útil para navegar por todos sus servicios en centros de salud.

Facturación de saldo:

La facturación de saldo a veces ocurre cuando su compañía de seguros de salud paga a un médico u otro proveedor de atención médica fuera de la red menos de la cantidad que el médico cobra por la atención. Debido a que el médico y el plan de salud no han acordado el pago a través de un contrato, el médico puede facturarle el resto del costo. Aunque la facturación de saldo es muy rara, si recibe una factura de saldo, no la pague de inmediato; comuníquese con el equipo de Pathways Concierge.



Búsqueda de proveedores

Los beneficios fuera de la red reflejan los beneficios dentro de la red. Esto le permitirá ver a cualquier proveedor con el mismo nivel de beneficios. Aún así, recomendamos el uso de proveedores dentro de la red siempre que sea posible porque tienen tarifas contratadas y no se le puede aplicar una facturación de saldo por parte de los proveedores dentro de la red. Cualquier servicio que planee recibir en un entorno de centro debe ser precertificado.

Recibirá una tarjeta de identificación por correo con una de las redes a continuación, a la que tendrá acceso para servicios de médicos y otros servicios no hospitalarios/de centros de salud. Su red se basa en el estado en el que se encuentra su propiedad.

- **PHCS-VDHP***: En la mayoría de las geografías, los asociados tendrán acceso a la red **PHCS-VDHP***.
- **APN**: Los asociados en Alabama accederán a la red **APN**.

*Además de la red PHCS, la red EHN también está disponible en ciertas geografías.

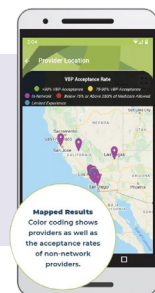
Pathways Concierge

Una vez inscrito en el seguro médico, un defensor del paciente lo apoyará a lo largo de su trayectoria de atención médica cuando llame al (888) 711-6766. Pathways Concierge puede ayudar con:

- RESPONDER a preguntas sobre beneficios y cobertura (copagos, deducibles, facturación de saldo, etc.)
- LOCALIZAR centros de salud
- PRECERTIFICACIÓN para servicios en centros de salud
- REVISAR opciones de tratamiento rentables y alternativas disponibles
- PREPARARLO Y EDUCARLO para su hospitalización o procedimiento
- AYUDAR con la resolución de problemas de reclamaciones y facturación, quejas y apelaciones

HST Connect

Una aplicación móvil y una herramienta de búsqueda de proveedores basada en la web que le ofrece acceso 24/7 a comparaciones de precios, información clave del plan de salud y calificaciones de aceptación y calidad de los proveedores. Esta herramienta se ofrece tanto en inglés como en español.





Surest: un tipo diferente de seguro médico

Surest ofrece un plan de organización de proveedores preferidos (PPO) único, transparente y predecible que cuenta con un deducible de \$0 y un coseguro de \$0. Surest es diferente, no es su plan de seguro médico tradicional.

Use <https://surest.care/PyramidGlobal> para probar la experiencia de Surest.

O escanee el código QR



Seguro Médico de UnitedHealthcare

Los planes de seguro médico de UnitedHealthcare son los más tradicionales.

UHC Value: UHC Value es un plan con cobertura dentro y fuera de la red con un deducible individual de \$4,000 y un deducible familiar de \$8,000. Se aplican copagos a las visitas al consultorio y a los medicamentos recetados.

UHC Saver: UHC Saver es un Plan de Salud con Deducible Alto (HDHP) con deducibles de \$3,500 para individuos y \$7,000 para familias. Este plan incluye acceso a una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA) con ventajas fiscales de Fidelity. Se le configura automáticamente una cuenta HSA cuando selecciona el plan UHC Saver.

Plan Surest

Como miembro inscrito, puede descargar la aplicación o visitar <https://surest.care/PyramidGlobal> para ver el costo y la cobertura antes de recibir atención médica. El plan Surest le ayuda a:

- Saber cuál será el precio (copago) de una prueba, procedimiento o tratamiento antes de programar una cita
- Ver fácilmente sus opciones de cobertura para visitas virtuales, visitas al consultorio, atención de urgencia y más
- Comprar por calidad: los copagos más bajos son una indicación de atención de mayor valor, basada en la calidad, eficiencia y efectividad general

Además, obtiene:

- La amplia red nacional de médicos y hospitales UnitedHealthcare Choice Plus
- La posibilidad de ver a proveedores fuera de la red
- Acceso a los Servicios para Miembros de Surest, donde puede hacer preguntas por chat, correo electrónico o teléfono

Bienestar mental

Cuando se inscribe en un plan UHC o Surest, tiene acceso a recursos adicionales de bienestar mental:

- **Talkspace:** Su espacio digital para una atención de salud mental privada y conveniente. Conéctese con terapeutas y prescriptores con licencia desde su teléfono, tableta o computadora para recibir asesoramiento, terapia o gestión de medicamentos. Hay apoyo disponible para el estrés, la ansiedad, la depresión, el trauma, el duelo, las relaciones, el sueño y más. Regístrese en talkspace.com/connect usando su ID de miembro.
- **AbleTo:** Herramientas bajo demanda para ayudar a reducir la preocupación, mejorar el estado de ánimo y manejar el estrés. Acceda a meditaciones, estrategias de afrontamiento y ejercicios personalizados creados por profesionales clínicos, en cualquier momento y en cualquier lugar. Complete una breve evaluación para obtener contenido personalizado. Disponible sin costo adicional como parte de los beneficios de su plan de salud. Para comenzar, visite ableto.com/begin e ingrese el código de acceso de la empresa: pyramidglobal.



Cobertura de medicamentos recetados

OptumRx es nuestro proveedor de medicamentos recetados. Su cobertura de medicamentos recetados depende del nivel de cobertura médica que elija. Los medicamentos se agrupan en niveles, lo que determina su porción del costo del medicamento.

OptumRx				
	Surest	Silver	Value	Saver
Medicamentos en farmacia (suministro de 30 días)				
Nivel 1	\$10	\$10	\$10	Ded. y luego \$10
Nivel 2	\$45	\$45	\$45	Ded. y luego \$45
Nivel 3	\$65	\$65	\$65	Ded. y luego \$65
Medicamentos por correo (suministro de 90 días)				
Nivel 1	\$20	\$20	\$20	Ded. y luego \$20
Nivel 2	\$90	\$90	\$90	Ded. luego 90 \$
Nivel 3	\$130	\$130	\$130	Ded. y luego \$130

Medicamentos de mantenimiento

Para ayudar a gestionar los costos de farmacia, el plan de Pyramid Global Hospitality tiene ciertos requisitos para los medicamentos de mantenimiento.

CVS90 SaverPlus: Requiere que surta sus medicamentos de mantenimiento en un suministro de 90 días, ya sea a través de una farmacia CVS o de la Farmacia de Entrega a Domicilio de OptumRx.

Puede obtener dos resurtidos de cortesía de 30 días antes de tener que hacer el cambio. Después de los resurtidos de cortesía, si no está surtiendo en una farmacia CVS o por 90 días, se le pedirá que pague el costo total del medicamento. Hacer el cambio le ahorrará tiempo y dinero porque pagará un copago más bajo por su suministro de 90 días.

Puede determinar la ubicación de la farmacia OptumRx más cercana a través de optumrx.com, su aplicación móvil de OptumRx o contactando el número que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación.



Escanee el código QR para encontrar la lista de medicamentos cubiertos, una farmacia de la red y estimar los costos de los medicamentos:



Rx Savings Solutions: Rx Savings Solutions le permite reducir sus costos de medicamentos recetados. Pyramid Global Hospitality trabaja con RxSS para ayudarlo a gestionar el creciente costo de los medicamentos recetados. Este servicio gratuito y confidencial se conecta con su plan de salud para mostrarle todas las opciones de menor costo que tiene para sus medicamentos. RxSS no reemplaza su plan de recetas de OptumRx; es un programa adicional diseñado para ayudarlo a usted y a su familia a ahorrar dinero. Comience hoy y comparta RxSS con los miembros de su familia en su plan de salud para que puedan activar sus propias cuentas.

Escanee el código QR para descargar la aplicación móvil de RxSS:



Gestione sus medicamentos cuando esté en movimiento



Use la aplicación móvil de OptumRx para configurar la entrega de medicamentos a largo plazo, solicitar resurtidos y renovaciones, verificar el estado de los pedidos y más.

Los farmacéuticos están disponibles 24/7 si tiene preguntas. Simplemente llame al número de teléfono que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación o visite optumrx.com.

Puede hacer preguntas e incluso hablar con un farmacéutico especialista capacitado en medicamentos utilizados para tratar condiciones complejas y crónicas.



Planes médicos suplementarios

Considere un seguro médico suplementario

Su paquete de beneficios incluye la opción de comprar un seguro médico suplementario a través de Voya. Cada uno de los planes descritos a la derecha complementa su seguro médico y lo protege contra gastos médicos catastróficos. No importa qué plan médico seleccione, es posible que desee una cobertura adicional que le pague beneficios directamente a usted para ayudar a cubrir deducibles y gastos de bolsillo.

Dependiendo de su situación, podría ahorrar dinero comprando un plan médico de menor costo y agregando uno o más planes suplementarios para lograr una protección efectiva a un costo de plan más bajo.

Todos los planes son de emisión garantizada, lo que significa que puede calificar para la cobertura sin tener que responder preguntas de salud y tener beneficios por recibir exámenes/chequeos de bienestar anuales. Todos los planes médicos suplementarios incluyen un Beneficio de Bienestar que proporciona un pago anual si completa una prueba de detección de salud cubierta en o después de la fecha de vigencia de su cobertura, sin importar si hay algún costo de bolsillo para usted. Solo necesita completar una prueba de detección de salud y solo puede recibir un pago de beneficio una vez por año calendario, incluso si completa varias pruebas. También puede recibir un pago de beneficio por su cónyuge y/o hijos si están cubiertos por el Beneficio de Bienestar.

¿Listo para saber más? Visite presents.voya.com/EBRC/Pyramid o llame al 877-236-7564 para revisar una lista más detallada de los beneficios cubiertos.

* No es una garantía de cobertura. Los beneficios varían según el estado y el servicio. Revise los documentos del plan para verificar los beneficios cubiertos.

Seguro contra Accidentes*



El Seguro de Accidentes puede ayudarlo a recuperarse proporcionando beneficios en efectivo si sufre un accidente cubierto. Estos beneficios ayudan con los gastos y protegen sus ahorros, permitiéndole concentrarse más en su recuperación.

- Elija entre dos opciones de plan: Alto y Bajo
- Ambos planes cubren gastos por lesiones accidentales dentro y fuera del trabajo. Incluye reembolsos en dólares por:
 - Hospitalización
 - Fracturas
 - Dislocaciones
 - Ambulancia y más
 - Procedimientos quirúrgicos
 - Terapia física
- El beneficio se le paga directamente a usted

Seguro por enfermedad grave*



El plan de Seguro de Enfermedades Críticas de Pyramid puede ayudar con los costos de tratamiento de enfermedades críticas cubiertas, incluyendo condiciones de salud mental como depresión, bipolaridad y trastorno del espectro autista de nivel 2 y 3. Este plan asegura que tenga acceso a una cobertura integral para una amplia gama de condiciones y le da la flexibilidad de pagar facturas relacionadas con el tratamiento o ayudar con los gastos de la vida diaria.

- Proporciona reembolsos de hasta \$15,000 relacionados con enfermedades graves como:
 - Algunos tipos de cáncer
 - Ataque al corazón
 - Parálisis por accidente cerebrovascular
 - Coma
 - Insuficiencia renal
 - Trasplante de órgano principal y más
- La cobertura es de emisión garantizada, lo que significa que puede calificar para la cobertura sin tener que responder preguntas de salud
- El beneficio se le paga directamente a usted tras el diagnóstico

Seguro de indemnización por hospitalización*



El Seguro de Indemnización Hospitalaria ofrece protección financiera cuando está hospitalizado debido a una enfermedad o lesión cubierta. Los beneficios pueden ayudar con la factura del hospital o los gastos diarios.

- Elija entre dos opciones de plan: Alto y Bajo
- Ambos planes cubren los gastos incurridos cuando está hospitalizado por unos días, unas semanas o unos meses.
- Incluye reembolso por admisión hospitalaria y confinamiento hospitalario diario



Cobertura dental

Proteja sus dientes y/o los de su familia con la cobertura dental a través de Delta Dental. Elija entre el plan DPPO Plus Premier (DPPO) o una opción de Organización para el Mantenimiento de la Salud Dental (DHMO) con deducible de \$0 (sujeto a disponibilidad geográfica).

- El DPPO es un plan más tradicional y proporciona flexibilidad en el dentista que elija. Este plan cuenta con un deducible anual, coseguro para diferentes tipos de servicios y un monto máximo de beneficio anual.
- El plan DHMO es similar a un HMO médico en que se le requiere seleccionar un proveedor de la red para recibir tratamiento. Usted será responsable del 100% de los costos si visita a un dentista que no está en la red.

Encuentre proveedores de la red iniciando sesión en deltadentalins.com. Al buscar proveedores dentro del plan DHMO, seleccione DeltaCare USA en el menú desplegable.

Hay beneficios adicionales disponibles a través de su plan dental, como descuentos en productos de cuidado de la salud bucal, LASIK y audífonos. Obtenga más información en www.deltadentalins.com/memberperks

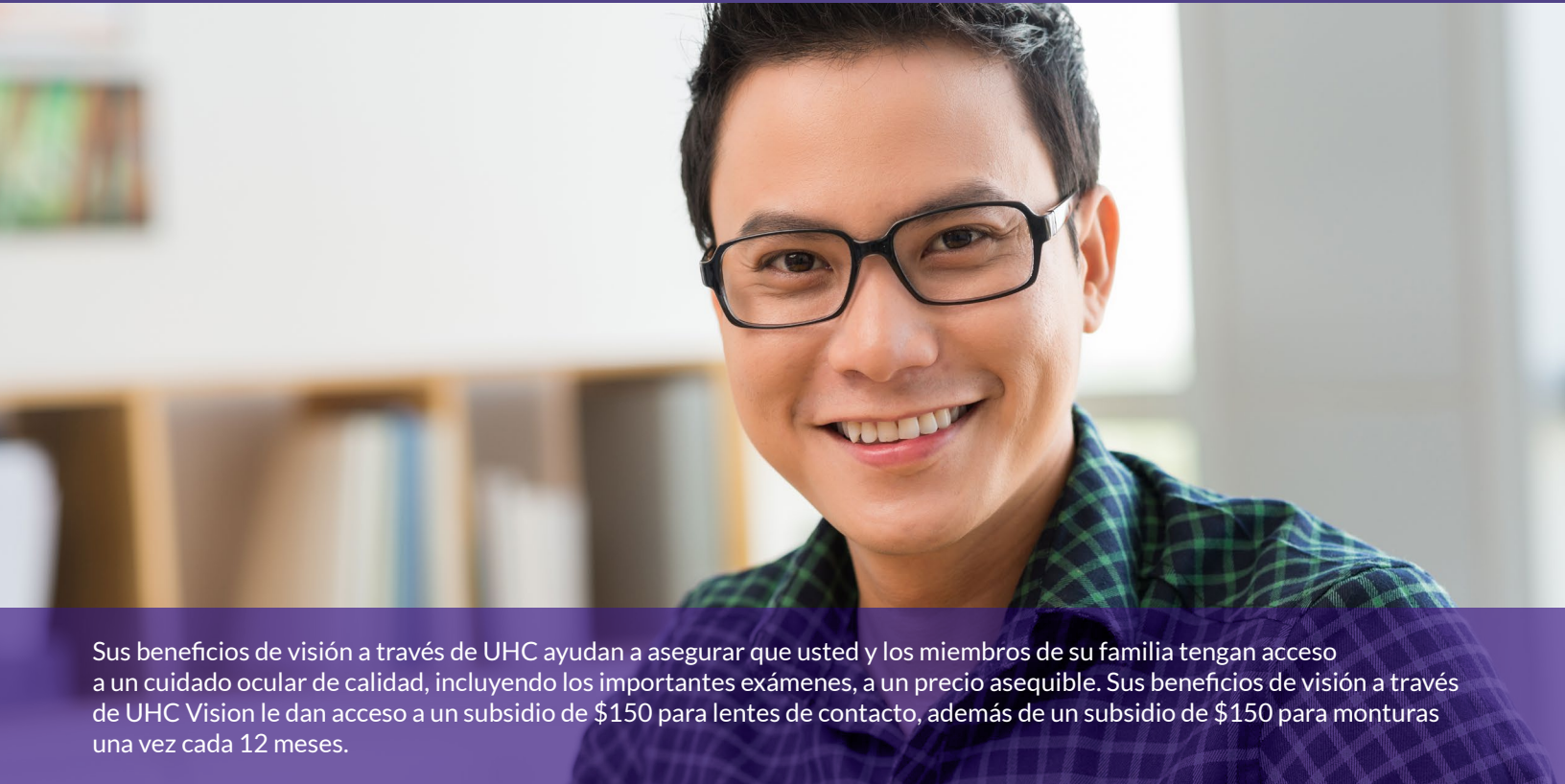
Detalles del Plan	Delta Dental	
	DPPO Plus Premier	DHMO DeltaCare*
Montos de costo compartido del asociado		
Deducible (individual/familiar)	\$50 / \$150	\$0 / \$0
Máximo anual de atención dental	\$1,500	No aplica
Sus costos por atención		
Chequeos, limpiezas y otros servicios diagnósticos/preventivos	Cubierto al 100%**	Cubierto al 100%
Reparación de caries, extracciones y otros servicios restaurativos de rutina	Cubierto al 80 %	El costo de los empastes es de \$0 a \$115 dependiendo del composite utilizado
Tratamientos de conducto y otros servicios de endodoncia	Cubierto al 50%	El costo de las coronas es de \$390 - \$460
Ortodoncia	Cubierto al 50% (adultos y niños)	Ortodoncia integral para adultos y dependientes adultos, \$2,525 (incluye registros pre y postratamiento \$575, copago \$1,730 y remoción de aparatos \$220) Ortodoncia integral para niños hasta los 19 años, \$2,325 (incluye registros pre y postratamiento \$575, copago \$1,530 y remoción de aparatos \$220)
Máximo vitalicio de ortodoncia	\$2,000	No aplica

* DHMO solo se ofrece en ciertas ubicaciones geográficas

** Los costos no cuentan para el máximo anual al consultar a un proveedor dentro de la red (Delta Dental PPO o Delta Dental Premier) para ciertos servicios. Consulte la información de su plan para más detalles.



Cobertura de la visión



Sus beneficios de visión a través de UHC ayudan a asegurar que usted y los miembros de su familia tengan acceso a un cuidado ocular de calidad, incluyendo los importantes exámenes, a un precio asequible. Sus beneficios de visión a través de UHC Vision le dan acceso a un subsidio de \$150 para lentes de contacto, además de un subsidio de \$150 para monturas una vez cada 12 meses.

Usted tiene la libertad de buscar atención de cualquier proveedor. Si desea maximizar sus beneficios y reducir sus gastos de bolsillo, elija un proveedor que participe en la red de UHC. Para encontrar uno cerca de usted, visite myuhcvision.com.

Beneficios clave de la visión

Examen dentro de la red (una vez cada 12 meses)	Copago de \$10
---	----------------

Lentes y lentes de contacto médicamente necesarios (una vez cada 12 meses)	Copago de \$20
---	----------------

Materiales

Monturas (una vez cada 12 meses)	Subsidio de \$150
----------------------------------	-------------------

Lentes de contacto electivos (una vez cada 12 meses)	Subsidio de \$150
--	-------------------

Lentes estándar (una vez cada 12 meses)	Cubierto al 100%
---	------------------

Para opciones adicionales de lentes cubiertos y para beneficios fuera de la red, vea los detalles de su plan en myuhcvision.com.



Cuenta de Ahorros para la Salud

Cuando se inscribe en el plan Saver, es elegible para contribuir a una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA) con ventajas fiscales*, que puede usar ahora para pagar gastos de atención médica actuales para usted, su cónyuge y sus hijos dependientes, o ahorrarla para gastos futuros. Usted decide. Se le abrirá una cuenta HSA automáticamente a través de Fidelity.

Cómo funciona una HSA



1. Cualquiera puede contribuir

El IRS establece límites sobre cuánto se puede contribuir antes de impuestos* a una HSA cada año. Para 2026, los límites son de \$4,400 para cobertura individual y \$8,750 para familiar.** Cualquier persona de 55 años o más para el 31/12/2026 puede hacer una contribución adicional de recuperación anual de \$1,000.



2. Usted retira dinero libre de impuestos

Use el dinero en su HSA para hacer pagos libres de impuestos para gastos de atención médica elegibles de su bolsillo. Estos incluyen el deducible de su plan, el coseguro, los costos de recetas y cualquier cosa no cubierta por sus planes médicos, dentales o de visión.



3. Acumule los fondos

Una vez contribuidos, los fondos en su HSA son suyos para conservarlos todo el tiempo que desee hasta que los use. Llévese la cuenta con usted si cambia de trabajo y después de jubilarse.



4. Invierta su HSA

Cuando su cuenta alcanza un saldo mínimo, tiene la opción de invertirla en una variedad de fondos mutuos.

* No paga impuestos federales sobre la renta por ninguna contribución a la HSA. Sin embargo, es posible que deba pagar impuestos estatales y locales, dependiendo de su residencia. Consulte a su asesor fiscal para más detalles.

** Familiar se refiere a Asociado + Cónyuge, Asociado + Hijo(s) y Asociado + Familia.

Requisitos de elegibilidad para la HSA

Debido a que una HSA ofrece ciertas ventajas fiscales, el IRS limita quién puede contribuir. ¿Cómo sabe si es elegible? Usted puede contribuir, si

- Está cubierto por el plan Saver de Pyramid Global Hospitality
- No tiene otro seguro de salud no calificado, incluyendo Medicare partes A o B o TRICARE
- No es reclamado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona
- Ni usted ni su cónyuge/pareja de hecho tienen una FSA de Atención Médica, incluso si es bajo el plan de otro empleador; se permiten las FSA de Propósito Limitado

Si está inscrito en una HSA, no puede participar en una FSA de Atención Médica.

Fondée su HSA con los ahorros en primas

Destine los ahorros que recibirá con costos de primas más bajos por cheque de pago a la financiación de su Cuenta de Ahorros para la Salud. Puede usar su HSA para ayudar a cubrir el deducible más alto, o ahorrarla para gastos futuros.



Cuentas de Gastos Flexibles



Las Cuentas de Gastos Flexibles (FSA) le permiten apartar dinero para gastos importantes y le ayudan a reducir sus impuestos sobre la renta al mismo tiempo. Pyramid Global Hospitality le ofrece una FSA de Atención Médica y una FSA

Durante su período de Inscripción de Beneficios, usted decide cuánto apartar para gastos de atención médica y de cuidado de dependientes. Sus contribuciones se deducen de su cheque de pago antes de impuestos en cuotas iguales a lo largo del año calendario.

A medida que incurra en gastos durante el año, presente un formulario de reclamo para su reembolso. Su reclamo será procesado y se le reembolsará desde su cuenta. O use su tarjeta FSA para pagar los gastos elegibles en el punto de venta. No estará pagando de su bolsillo, por lo que no hay necesidad de llenar un formulario de reclamo y esperar el reembolso.

Úselo o piérdalo

Asegúrese de calcular sus contribuciones a la FSA con cuidado. Los fondos no se transferirán de un año a otro, y tendrá que volver a inscribirse activamente cada año. No se le vuelve a inscribir automáticamente.

Año	Límite máximo de contribución	
	FSA para Atención Médica	FSA de Cuidado de Dependientes
2026	\$3,300*	\$7,500

*Pendiente de que el IRS publique los límites finales para 2026.



Seguro de Vida/AD&D

Seguro de Vida Básico y de Muerte y Desmembramiento Accidental

Todos los asociados elegibles para beneficios son inscritos automáticamente para recibir beneficios de seguro de vida básico y de seguro de muerte y desmembramiento accidental (AD&D) cada año, sin costo para usted. Los beneficios son proporcionados por Securian.

- Beneficios que recibe – 1x su salario anual
- Monto máximo del beneficio – Por hora: \$100,000, Asalariados y Gerentes: \$300,000

Nota: El seguro de vida básico superior a \$50,000 proporcionado a usted por Pyramid Global Hospitality se considera ingreso imponible y se informa al IRS. Este monto aparece en su W2 como ingreso imputado.

El seguro de Vida y AD&D

suplementario para asociados de Pyramid le brinda una mejor protección financiera y tranquilidad, asegurando que sus seres queridos estén adecuadamente protegidos.

Puede mejorar su cobertura con un seguro de Vida y AD&D suplementario voluntario por los montos que se muestran a continuación.

Usted paga los costos totales de la prima con dólares después de impuestos y puede cubrirse a sí mismo, a su cónyuge y a sus dependientes.

	Montos de los beneficios del seguro de Vida y AD&D suplementario voluntario	Montos de emisión garantizada
Empleado	1x-7x el salario anual, hasta un máximo de \$300,000 para empleados por hora y \$800,000 para asalariados y gerentes	\$200,000 para por hora y \$400,000 para asalariados y gerentes
Cónyuge	Incrementos de \$25,000 hasta un máximo de \$100,000, sin exceder el 100% de la elección del empleado	\$50,000
Hijo(s)	Opciones de \$10,000 / \$15,000/ \$20,000	N/A

Nota: Para la cobertura del cónyuge o hijo dependiente, usted es el beneficiario automático.

¿Qué es la Prueba de Asegurabilidad?

La Prueba de Asegurabilidad, o EOI, es la forma en que la compañía de seguros determina que usted goza de buena salud antes de proporcionarle el seguro. Generalmente es un cuestionario de salud que debe completar antes de que el seguro sea aprobado.

Si se inscribe en un seguro de vida a término suplementario voluntario dentro de los 31 días de la elegibilidad inicial, no se requiere EOI para una cobertura hasta el monto de emisión garantizada.

Se requiere prueba de buena salud para todas las nuevas elecciones de seguro de vida suplementario. Si no se inscribió cuando fue elegible por primera vez como nuevo empleado, aún puede elegir este beneficio. Sin embargo, se le pedirá que complete una solicitud de salud personal que será revisada por Securian.

¿Sabía que?

Con su Cobertura de Vida de Securian, usted y su familia tienen acceso a apoyo legal, financiero, de duelo y de bienestar gratuitos a través de TELUS Health. Estos servicios incluyen plantillas para la preparación de testamentos y consultas legales gratuitas, herramientas de planificación funeraria con servicios con descuento, orientación financiera que va desde la elaboración de presupuestos hasta la planificación fiscal, y acceso a especialistas en apoyo de duelo. También encontrará recursos de bienestar como programas de acondicionamiento físico personalizados, programas para el estrés y la ansiedad, y recomendaciones de estilo de vida. Todos estos recursos están disponibles sin costo adicional, no requieren inscripción, y pueden ser utilizados por su cónyuge e hijos elegibles, incluso si no están cubiertos por el programa de seguros.



Seguro de incapacidad

Cuidamos de usted proporcionando beneficios de seguro de incapacidad a través de Unum. Si tiene que ausentarse del trabajo debido a un parto, lesión o enfermedad, este beneficio ayuda a asegurar que al menos una parte de sus ingresos continúe hasta que regrese al trabajo o alcance la edad de jubilación. Puede ver los detalles sobre los beneficios del seguro de incapacidad a corto y largo plazo cuando se inscribe o en cualquier momento visitando el sitio web para miembros de su plan en unum.com/associates.

	Seguro de STD*	Seguro de LTD
Quién paga las primas	Usted	Por hora: Usted Gerentes y Asalariados: Pyramid Global
Beneficios proporcionados	Hasta el 60% de su salario semanal	Hasta el 60% del salario mensual base
Beneficio máximo pagadero	\$1,200 por semana	\$15,000 por mes
Duración máxima del beneficio	26 semanas de incapacidad	Edad Normal de Jubilación del Seguro Social
Período de espera	7 días de incapacidad	180 días de incapacidad

*Si su estado ofrece beneficios de incapacidad a corto plazo, estos se coordinarán entre el plan de Pyramid Global Hospitality y el estado.





Plan Legal

El Plan Legal de MetLife puede ofrecer protección en cada paso con cobertura legal para ayudar con los eventos planificados y no planificados de la vida, ya sea que se esté casando, comprando o vendiendo una casa, formando una familia, enviando a sus hijos a la universidad o cuidando de padres mayores. A través del plan legal, tendrá acceso a una amplia red de abogados disponibles para ofrecer consulta cara a cara, por teléfono o virtualmente.

Más información

members.legalplans.com o
800-821-6400



Protección contra robo de identidad

La Protección contra Fraude e Identidad de MetLife y Aura ayuda a salvaguardar las cosas que más le importan: su identidad, dinero, activos, familia, reputación y privacidad.

- Protección contra Robo de Identidad: Reciba alertas de amenazas detectadas a su identidad, SSN, cuentas en línea y más. Además, protéjase contra los corredores de datos que intentan vender su información en la web.
- Protección contra Fraude Financiero: Manténgase un paso adelante de las amenazas con monitoreo de crédito, cuentas bancarias, propiedad personal y herramientas financieras para ayudar a mantener sus activos seguros.
- Seguridad Digital: Conéctese en línea de manera más segura y privada con herramientas de seguridad inteligentes que ayudan a proteger sus contraseñas, dispositivos y conexiones Wi-Fi de los hackers.

Más información

my.aura.com/start o llame al
844-931-2872.





Plan de Ahorro para la Jubilación 401(k)



En este momento, la jubilación puede parecer muy lejana. Pero creemos que ahorrar para su futuro es uno de los mejores regalos que puede darse a sí mismo. Después de todo, la seguridad financiera es una parte importante de su bienestar general. Queremos ayudarle a entender sus beneficios de jubilación y ponerlo en el camino hacia un futuro más brillante y seguro.

El plan 401(k) de Pyramid Global Hospitality está disponible para todos los asociados mayores de 18 años que hayan completado 3 meses de servicio en la compañía. Este plan le permite ahorrar para la jubilación tanto antes de impuestos como a través de la función Roth después de impuestos. Fidelity actúa como administrador del plan.

Sus contribuciones

Puede contribuir del 1% al 90% de su salario anual, sujeto a los límites del IRS, al plan 401(k). La contribución máxima que puede hacer es de \$23,500.* Sin embargo, si tiene entre 50 y 59 años O 64 años o más, puede contribuir \$7,500* adicionales en contribuciones de recuperación, para un total de \$31,000*. Aquellos de 60 a 63 años pueden contribuir \$11,250* adicionales para un total de \$34,750*.

*Pendiente de que el IRS publique los límites finales para 2026.

Fondos de contrapartida de la empresa

Pyramid Global ofrece una contribución para ayudarlo a ahorrar aún más.

- 100% de contrapartida sobre el primer 3% que contribuya por cheque de pago
 - 50% de contrapartida sobre el siguiente 2% que contribuya por cheque de pago
- Usted adquiere inmediatamente el 100% de los derechos sobre las contribuciones de contrapartida de la empresa. Eso significa que si contribuye con el 5% de su salario, recibirá una contrapartida total de la empresa del 4%, lo que aumentará sus ahorros para la jubilación.

¿sabía que?

Una contrapartida del 401(k) del empleador es una de las mejores maneras de ahorrar para su futuro, pero casi una cuarta parte de los estadounidenses no aprovechan al máximo esta oportunidad.

¡No deje dinero gratis sobre la mesa! Visite el sitio web para encontrar calculadoras de jubilación interactivas, información sobre cuánto puede ahorrar y más.

Comience hoy a construir un futuro más brillante y seguro en netbenefits.com.

SmartDollar

SmartDollar es su beneficio gratuito de bienestar financiero. Reduzca el estrés por el dinero y aprenda a gastar menos, ahorrar más y deshacerse de las deudas.

- Manténgase al tanto de sus metas financieras con la aplicación de presupuesto EveryDollar
- Ahorre dinero presentando sus impuestos federales y estatales de forma gratuita usando Ramsey SmartTax
- Hable con un experto uno a uno y haga un plan para su futuro financiero
- Regístrese para obtener su cuenta gratuita en smartdollar.com/enroll/pyramidglobal





Asistencia al empleado

Trabajamos arduamente para ayudar a asegurar que usted y su familia vivan bien en todos los aspectos de la vida, ya sea en casa o en el trabajo. Esto significa cuidar de su salud integral: emocional, financiera, social y física. Por esa razón, proporcionamos un programa de asistencia al empleado (EAP) a través de SupportLinc sin costo para usted.

Este servicio lo conecta a usted y a los miembros de su hogar con los mejores servicios de salud mental y consejería. Todos los servicios proporcionados son confidenciales y no se compartirán. Con solo una llamada telefónica, a cualquier hora del día o de la noche, puede hablar con profesionales serviciales.

Recurra al EAP para obtener asistencia con:

- Problemas emocionales, estrés, ansiedad, depresión
- Cuidado de niños, preocupaciones escolares, servicios de cuidado de ancianos
- Dependencia del alcohol o las drogas, programa para dejar de fumar
- Duelo y pérdida
- Educación continua y planificación universitaria
- Matrimonio, familia o relaciones laborales
- Orientación para la reubicación y análisis del vecindario
- Asesoramiento financiero o legal
- Información sobre adopción, coaching para la licencia parental
- Información para viajes y expatriados
- Referencias a proveedores de servicios locales

Recursos de EAP a su alcance: Mejore su bienestar emocional y mantenga el equilibrio entre el trabajo y la vida personal con la aplicación móvil eConnect®. Chatee en vivo con un consejero licenciado del EAP de SupportLinc, programe una llamada o busque contenido de expertos, todo desde la comodidad de su teléfono o tableta.

Visite el portal web, Google Play o la App Store para descargar la aplicación móvil eConnect®.

Conéctese con un profesional del EAP

Llame gratis al 888-881-5462
Recursos en línea: supportlinc.com
(código de grupo: pyramidglobal)





Seguro para mascotas



Ahora es más fácil obtener planes de seguro para mascotas ya que nos hemos asociado con UnitedHealthcare y Figo. Elija entre planes personalizados, cada uno diseñado para ayudarlo a cuidar bien de su mascota si surgen lesiones y enfermedades inesperadas. Seleccione el deducible y los niveles de reembolso de su plan y agregue mejoras opcionales como cobertura dental y de bienestar.

Beneficios del plan para usted:

- Libertad para ver a cualquier veterinario para el cuidado de su mascota
- Un proceso de reclamaciones simple con reembolsos por depósito directo
- Acceso 24/7 a Live Vet para visitas virtuales
- Pet Cloud le permite almacenar los registros y recordatorios de su mascota

Más información

figopetinsurance.com o 888-246-6918 para obtener una cotización e inscribirse en cualquier momento del año.



BenefitHub

¡Disfrute de descuentos, recompensas y ventajas en miles de marcas que le encantan en una variedad de categorías, que incluyen viajes, salud y bienestar, atracciones locales y más!

Para comenzar, visite Pyramidglobal.benefithub.com para crear su cuenta usando su ID de asociado de Workday. Una vez que su cuenta esté configurada, tendrá acceso al mercado de descuentos.

Más información

Visite Pyramidglobal.benefithub.com o escanee el código QR.



Contactos de los proveedores

Plan de Beneficios	Proveedor del Beneficio	Número de teléfono	Sitio web
Médico	Health Plans, Inc. (Pathways Concierge)	888-711-6766	www.hpitpa.com
	UnitedHealthcare	844-333-7930	whyuhc.com/pyramidglobal
	Surest	866-683-6440	https://surest.care/PyramidGlobal
Médico (Cirugía)	Linterna	844-752-6168	my.lanternicare.com
Medicamentos recetados	OptumRx	800-797-9791	optumrx.com
Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA)	Fidelity	800-294-4015	netbenefits.com
Cuentas de Gastos Flexibles	Wex	866-451-3399	benefitslogin.wexhealth.com
Dental	Delta Dental	PPO: 800-521-2651 DHMO: 800-422-4234	deltadentalins.com
Visión	UHC	800-638-3120	myuhcvision.com
Vida y AD&D	Securian	800-872-2214	securian.com/ pyramid-global-insurance
Incapacidad	Unum	800-421-0344	unum.com/empleados
Médico Suplementario (Accidente, Enfermedad Crítica, Indemnización Hospitalaria)	Voya	877-236-7564	presents.voya.com/EBRC/Pyramid
Programa de Asistencia al Empleado (EAP)	SupportLinc	888-881-5462	supportlinc.com (código de grupo: pyramidglobal)
Seguro para mascotas	Figo/UnitedHealthcare	888-246-6918	figopetinsurance.com
Legal	Metlife	800-821-6400	members.legalplans.com
Robo de identidad	Aura	844-931-2872	my.aura.com/start
401(k)	Fidelity	800-294-4015	netbenefits.com
Ahorros en medicamentos recetados	Rx Savings Solutions	800-268-4476	auth.rxsavingsolutions.com/login
Bienestar financiero	Smart Dollar		smartdollar.com/enroll/ pyramidglobal
	Talkspace	866-664-4621	talkspace.com/connect
	AbleTo		ableto.com/begin Código de acceso de la empresa: pyramidglobal
Mercado de descuentos	BenefitHub	866-664-4621	pyramidglobal.benefithub.com

¿Preguntas? Podemos ayudar

Si tiene preguntas adicionales sobre sus beneficios o necesita ayuda para inscribirse, puede contactar a Recursos Humanos en benefitscenter@pyramidglobal.com.

Recordatorio: si necesita ayuda para tomar decisiones sobre sus beneficios, puede acceder a Alex a través de su tarea de Inscripción de Beneficios en Workday.

Avisos legales

Aviso importante para los asociados de Pyramid Global Hospitality sobre la cobertura acreditable de medicamentos recetados y Medicare

El propósito de este aviso es informarle que se espera que la cobertura de medicamentos recetados que se detalla a continuación, bajo el plan médico de Pyramid Global Hospitality, pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare pagará en 2026. Esto se conoce como "cobertura acreditable".

Por qué esto es importante. Si usted o su(s) dependiente(s) cubierto(s) están inscritos en alguna cobertura de medicamentos recetados durante 2026 listada en este aviso y están o llegan a estar cubiertos por Medicare, pueden decidir inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare más adelante y no estar sujetos a una multa por inscripción tardía, siempre y cuando hayan tenido cobertura acreditable dentro de los 63 días de su inscripción en el plan de medicamentos recetados de Medicare. Debe guardar este aviso con sus documentos importantes.

Si usted o los miembros de su familia no están actualmente cubiertos por Medicare y no estarán cubiertos por Medicare en los próximos 12 meses, este aviso no se aplica a usted.

Por favor, lea el siguiente aviso con atención. Contiene información sobre la cobertura de medicamentos recetados con Pyramid Global Hospitality y la cobertura de medicamentos recetados disponible para personas con Medicare. También le indica dónde encontrar más información para ayudarle a tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados.

Aviso de cobertura acreditable

Es posible que haya oído hablar de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (llamada Parte D) y se haya preguntado cómo le afectaría. La cobertura de medicamentos recetados está disponible para todos los que tienen Medicare a través de los planes de medicamentos recetados de Medicare. Todos los planes de medicamentos recetados de Medicare proporcionan al menos un nivel de cobertura estándar establecido por Medicare. Algunos planes también ofrecen más cobertura por una prima mensual más alta.

Las personas pueden inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare cuando son elegibles por primera vez, y cada año del 15 de octubre al 7 de diciembre. Las personas que dejan la cobertura de un empleador/sindicato pueden ser elegibles para un Período de Inscripción Especial de Medicare.

Si está cubierto por el plan de medicamentos recetados de Pyramid Global Hospitality, le interesará saber que la cobertura de medicamentos recetados bajo los planes es, en promedio, al menos tan buena como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare para 2026. Esto se llama cobertura acreditable. La cobertura bajo este plan le ayudará a evitar una multa por inscripción tardía en la Parte D si es o llega a ser elegible para Medicare y más tarde decide inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare.

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare y es un asociado activo o un familiar de un asociado activo, también puede continuar con la cobertura de su empleador. En este caso, el plan de Pyramid Global Hospitality continuará pagando como

primario o secundario como lo hacía antes de que se inscribiera en un plan de medicamentos recetados de Medicare. Si renuncia o cancela la cobertura de Pyramid Global Hospitality, Medicare será su único pagador. Puede volver a inscribirse en el plan del empleador en la inscripción anual o si tiene una inscripción especial u otro evento que califique, o si de otra manera se vuelve elegible para inscribirse en el plan de Pyramid Global Hospitality a mitad de año, asumiendo que sigue siendo elegible.

Debe saber que si renuncia o deja la cobertura con Pyramid Global Hospitality y pasa 63 días o más sin cobertura acreditable de medicamentos recetados (una vez que finalice su período de inscripción aplicable de Medicare), su prima mensual de la Parte D aumentará al menos un 1% por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 19 meses sin cobertura, su prima del plan de medicamentos recetados de Medicare siempre será al menos un 19% más alta de lo que pagan la mayoría de las personas. Tendrá que pagar esta prima más alta mientras tenga cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que tenga que esperar hasta el siguiente mes de octubre para inscribirse en la Parte D.

Puede recibir este aviso en otros momentos en el futuro, como antes del próximo período en que pueda inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, si esta cobertura de Pyramid Global Hospitality cambia, o a su solicitud.

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

Encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados en el manual Medicare y Usted. Los participantes de Medicare recibirán una copia del manual por correo cada año de parte de Medicare. También es posible que los planes de medicamentos recetados de Medicare se comuniquen directamente con usted. A continuación, le indicamos cómo obtener más información sobre los planes de medicamentos recetados de Medicare:

- Visite [medicare.gov](https://www.medicare.gov) para obtener ayuda personalizada.
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (consulte una copia del manual Medicare y Usted para el número de teléfono) o visite el programa en línea en www.shiptacenter.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 ayuda adicional disponible para pagar un plan de medicamentos recetados de Medicare. La información sobre esta ayuda adicional está disponible en la Administración del Seguro Social (SSA). Para obtener más información sobre esta ayuda adicional, visite la SSA en línea en www.socialsecurity.gov o llame al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Recuerde: Conserve este aviso. Si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare después de que finalice su período de inscripción aplicable de Medicare, es posible que deba proporcionar una copia de este aviso cuando se una a un plan de la Parte D para demostrar que no se le exige pagar un monto de prima de la Parte D más alto.

Para obtener más información sobre este aviso o su cobertura de medicamentos recetados, contacte a:

Recursos Humanos Corporativos

Pyramid Global Hospitality

30 Rowes Wharf, Suite 5300

Boston, MA 02110

617-412-2888

benefitscenter@pyramidglobal.com

Aviso de Derechos de Inscripción Especial para la cobertura del plan médico

- Como sabe, si ha rechazado la inscripción en el plan médico de Pyramid Global Hospitality para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a otra cobertura de seguro de salud, usted o sus dependientes pueden inscribirse en algunas coberturas bajo estos planes sin esperar al próximo período de inscripción abierta, siempre que solicite 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 para adopción, puede inscribirse a sí mismo y a sus dependientes elegibles, siempre que solicite la inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Pyramid Global Hospitality también permitirá una oportunidad de inscripción especial si usted o sus dependientes elegibles:

- Pierden la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) porque ya no son elegibles, o
- Se vuelven elegibles para un programa de asistencia con las primas de un estado bajo Medicaid o CHIP.

Para estas oportunidades de inscripción, tendrá 60 días, en lugar de 30, a partir de la fecha del cambio de elegibilidad de Medicaid/CHIP para solicitar la inscripción en el plan de salud grupal de Pyramid Global Hospitality. Tenga en cuenta que esta nueva extensión de 60 días no se aplica a oportunidades de inscripción distintas a las debidas al cambio de elegibilidad de Medicaid/CHIP.

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

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

Si ha tenido o va a tener una mastectomía, puede tener derecho a ciertos beneficios bajo la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer de 1998 (WHCRA). Para las personas que reciben beneficios relacionados con la mastectomía, se proporcionará cobertura de una manera determinada en consulta con el médico tratante y la paciente para:

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

Estos beneficios se proporcionarán sujetos a los mismos deducibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados bajo este plan. Si desea más información sobre los beneficios de la WHCRA, llame a su administrador del plan al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación.

Aviso de la Ley de Protección de la Salud de Recién Nacidos y Madres

Los planes de salud grupales y los emisores de seguros de salud generalmente no pueden, según la ley federal, restringir los beneficios por la duración de la estadía en el hospital en relación con el parto para la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe que el proveedor tratante de la madre o del recién nacido, después de consultar con la madre, dé de alta a la madre o a su recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, los planes y emisores no pueden, según la ley federal, exigir que un proveedor obtenga autorización del plan o del emisor del seguro para prescribir una duración de la estadía que no exceda las 48 horas (o 96 horas). Si desea más información sobre los beneficios de maternidad, llame al administrador de su plan al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación.

Aviso de la Ley de Michelle: Cobertura médica extendida para dependientes durante licencias médicas de estudiantes

El plan de Pyramid Global Hospitality puede extender la cobertura médica para hijos dependientes si pierden la elegibilidad para la cobertura debido a una licencia de ausencia médicamente necesaria de una institución educativa postsecundaria (incluida una universidad). La cobertura puede continuar hasta por un año, a menos que la elegibilidad del hijo finalice antes por otra razón.

La cobertura extendida está disponible si la licencia de ausencia de la escuela de un hijo, o el cambio en el estado de inscripción escolar (por ejemplo, cambiar de tiempo completo a tiempo parcial), comienza mientras el hijo tiene una enfermedad o lesión grave, es médicamente necesaria y de otra manera causa que la elegibilidad para la cobertura de estudiante bajo el plan finalice. Se puede requerir una certificación por escrito del médico del hijo que indique que el hijo sufre de una enfermedad o lesión grave y que la licencia de ausencia es médicamente necesaria.

Si la cobertura proporcionada por el plan cambia durante este período de un año, el plan ofrecerá la cobertura modificada por el resto de la ausencia.

Si su hijo perderá la elegibilidad para la cobertura debido a una licencia de ausencia médicamente necesaria de la escuela y desea que su cobertura se extienda, comuníquese con Recursos Humanos en benefitscenter@pyramidglobal.com tan pronto como se reconozca la necesidad de la licencia en Pyramid Global Hospitality. Además, comuníquese con el plan de salud de su hijo para ver si alguna ley estatal que requiera cobertura extendida puede aplicarse a sus beneficios.

AVISO SOBRE ASISTENCIA CON LAS PRIMAS BAJO MEDICAID Y EL PROGRAMA DE SEGURO MÉDICO PARA NIÑOS (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para la cobertura de salud de su empleador, es posible que su estado tenga un programa de asistencia con las primas que pueda ayudar a pagar la cobertura, utilizando fondos de sus programas de Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no serán elegibles para estos programas de asistencia con las primas, pero es posible que puedan comprar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información, visite www.healthcare.gov. Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y viven en un estado de la lista a continuación, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para averiguar si hay asistencia con las primas disponible.

Si usted o sus dependientes **NO** están actualmente inscritos en Medicaid o CHIP, y cree que usted o alguno de sus dependientes podría ser elegible para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid

o CHIP de su estado o llame al **1-877-KIDS NOW** o visite www.insurekidsnow.gov para saber cómo presentar una solicitud. Si califica, pregunte a su estado si tiene un programa que pueda ayudarlo a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para la asistencia con las primas bajo Medicaid o CHIP, y también son elegibles bajo el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan de su empleador si aún no está inscrito. Esto se llama una oportunidad de "inscripción especial", y **debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días posteriores a la determinación de su elegibilidad para la asistencia con las primas**. Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo en www.askebsa.dol.gov o llame al **1-866-444-EBSA (3272)**.

Si vive en uno de los siguientes estados, puede ser elegible para recibir asistencia para pagar las primas de su plan de salud del empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de julio de 2025. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad.

ALABAMA – Medicaid Sito web: http://myalhipp.com/ Teléfono: 1-855-692-5447	ALASKA – Medicaid Programa de pago de primas de seguro de salud de AK Sito web: http://myakhipp.com/ Teléfono: 1-866-251-4861 Correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad de Medicaid: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx
ARKANSAS – Medicaid Sito web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIP P (855-692-7447)	CALIFORNIA – Medicaid Programa de Pago de Primas de Seguro Médico (HIPP) Sito web: http://dhcs.ca.gov/hipp Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov
COLORADO – Health First Colorado (Programa de Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+) Sito web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/ Centro de contacto para miembros de Health First Colorado: 1-800-221-3943/State Relay 711 CHP+: https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus Servicio al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/State Relay 711 Programa de Compra de Seguro Médico (HIBI): https://www.mycohibi.com/ Servicio al cliente de HIBI: 1-855-692-6442	FLORIDA – Medicaid Sito web: https://www.flmedicaidprecovery.com/flmedicaidprecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268

GEORGIA - Medicaid	INDIANA – Medicaid
Sitio web de HIPP GA: https://medicaid.georgia.gov/health-insurancepremium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162, Presione 1 Sitio web de GA CHIPRA: https://medicaid.georgia.gov/programs/thirdparty-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act2009-chipra Teléfono: 678-564-1162, Presione 2	Programa de Pago de Primas de Seguro Médico Todos los demás Medicaid Sitio web: http://www.in.gov/medicaid/ http://www.in.gov/fssa/dfr/Administración de Servicios Familiares y Sociales Teléfono: 1-800-403-0864 Teléfono de Servicios para Miembros: 1-800-457-4584
IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)	KANSAS – Medicaid
Sitio web de Medicaid: https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowamedicaid Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366 Hawki Sitio web: https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowamedicaid/iowa-health-link/hawki Teléfono: 1-800-257-8563 HIPP Sitio web: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Health & Human Services (iowa.gov) Teléfono de HIPP: 1-888-346-9562	Sitio web: https://www.kancare.ks.gov/ Teléfono: 1-800-792-4884 Teléfono de HIPP: 1-800-967-4660
KENTUCKY - Medicaid	LOUISIANA – Medicaid
Programa de Pago de Primas de Seguro de Salud Integrado de Kentucky (KI-HIPP) Sitio web: https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihapp.aspx Teléfono: 1-855-459-6328 Correo electrónico: KIHIPPPROGRAM@ky.gov KCHIP Sitio web: https://kynect.ky.gov Teléfono: 1-877-524-4718 Sitio web de Medicaid de Kentucky: https://chfs.ky.gov/agencies/dms	Sitio web: www.medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/la hipp Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)
MAINE – Medicaid	MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP
Sitio web de inscripción: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Maine relay 711 Prima de Seguro Médico Privado Página web: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-977-6740 TTY: Maine relay 711	Sitio web: https://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840 TTY: 711 Correo electrónico: masspremassistance@accenture.com
MINNESOTA - Medicaid	MISSOURI - Medicaid
Sitio web: https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/ Teléfono: 1-800-657-3672	Sitio web: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005
MONTANA – Medicaid	NEBRASKA – Medicaid
Sitio web: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084 Correo electrónico: HHSHIPPProgram@mt.gov	Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178

NEVADA - Medicaid	NEW HAMPSHIRE - Medicaid
Sitio web de Medicaid: http://dhcnp.nv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900	Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/programsservices/medicaid/health-insurance-premium-program Teléfono: 603-271-5218 Número gratuito para el programa HIPP: 1-800-852-3345, ext. 15218 Correo electrónico: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov
NUEVA JERSEY - Medicaid y CHIP	NEW YORK - Medicaid
Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Teléfono: 800-356-1561 Teléfono de Asistencia con Primas de CHIP: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono CHIP: 1-800-701-0710 (TTY:711)	Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831
NORTH CAROLINA - Medicaid	NORTH DAKOTA - Medicaid
Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov/ Teléfono: 919-855-4100	Sitio web: https://www.hhs.nd.gov/healthcare Teléfono: 1-844-854-4825
OKLAHOMA - Medicaid y CHIP	OREGON - Medicaid
Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742	Sitio web: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-800-699-9075
PENNSYLVANIA - Medicaid y CHIP	RHODE ISLAND - Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaidhealth-insurance-premium-payment-program-hipp.html Teléfono: 1-800-692-7462 Sitio web de CHIP: https://www.pa.gov/en/agencies/dhs/resources/chip.html Teléfono de CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)	Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 1-855-697-4347, o 401-462-0311 (Línea Directa de Rlte Share)
SOUTH CAROLINA - Medicaid	SOUTH DAKOTA - Medicaid
Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820	Sitio web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059
TEXAS - Medicaid	UTAH - Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.hhs.texas.gov/services/financial/healthinsurance-premium-payment-hipp-program Teléfono: 1-800-440-0493	Asociación de Primas de Utah para el Seguro de Salud (UPP) Sitio web: https://medicaid.utah.gov/upp/ Correo electrónico: upp@utah.gov Teléfono: 1-888-222-2542 Sitio web de Expansión para Adultos: https://medicaid.utah.gov/expansion/ Programa de Compra de Medicaid de Utah Sitio web: https://medicaid.utah.gov/buyout-program/ Sitio web de CHIP: https://chip.utah.gov/
VERMONT- Medicaid	VIRGINIA - Medicaid y CHIP
Sitio web: Programa de Pago de Primas del Seguro Médico (HIPP) Departamento de Acceso a la Salud de Vermont Teléfono: 1-800-250-8427	Sitio web: https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premiumassistance/famis-selecthttps://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premiumassistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs Teléfono de Medicaid/CHIP : 1-800-432-5924

WASHINGTON – Medicaid Sitio web: https://www.hca.wa.gov/ Teléfono: 1-800-562-3022	WEST VIRGINIA - Medicaid y CHIP Sitio web: https://dhhr.wv.gov/bms/ http://mywvhipp.com/ Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 Teléfono gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIP (1-855-699-8447)
WISCONSIN – Medicaid y CHIP Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002	WYOMING - Medicaid Sitio web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programsand-eligibility/ Teléfono: 1-800-251-1269

Para ver si otros estados han añadido un programa de asistencia con las primas desde el 31 de julio de 2025, o para más información sobre los derechos de inscripción especial, contacte a:

Departamento de Trabajo de EE. UU.
 Administración de Seguridad de Beneficios
 para Empleados
www.dol.gov/agencies/ebsa
 1-866-444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos
 de EE. UU. Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
www.cms.hhs.gov
 1-877-267-2323, Opción de menú 4, Ext. 61565
 Número de Control OMB 1210-0137 (expira el 31/01/2026)

Aviso de privacidad HIPAA de Pyramid Global Hospitality

Por favor, revise este aviso detenidamente. Describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede acceder a esta información.

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA) impone numerosos requisitos sobre el uso y la divulgación de la información de salud individual por parte de los planes de salud de Pyramid Global Hospitality. Esta información, conocida como información de salud protegida, incluye casi toda la información de salud identificable individualmente que posee un plan, ya sea recibida por escrito, en un medio electrónico o como una comunicación oral. Este aviso describe las prácticas de privacidad de estos planes: Planes Gold, Silver, Bronze y Saver de Health Plans, Inc. Los planes cubiertos por este aviso pueden compartir información de salud entre sí para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. Estos planes se denominan colectivamente el Plan en este aviso, a menos que se especifique lo contrario.

Deberes del Plan con respecto a su información de salud

El Plan está obligado por ley a mantener la privacidad de su información de salud y a proporcionarle este aviso de las obligaciones legales y las prácticas de privacidad del Plan

con respecto a su información de salud. Si participa en una opción de plan asegurado, recibirá un aviso directamente de la Aseguradora. Es importante tener en cuenta que estas reglas se aplican al Plan, no a Pyramid Global Hospitality como empleador; así es como funcionan las reglas de HIPAA. Pueden aplicarse diferentes políticas a otros programas de Pyramid Global Hospitality o a datos no relacionados con el Plan.

Cómo puede el Plan usar o divulgar su información de salud

Las reglas de privacidad generalmente permiten el uso y la divulgación de su información de salud sin su permiso (conocido como una autorización) para fines de tratamiento de atención médica, actividades de pago y operaciones de atención médica. A continuación, se presentan algunos ejemplos de lo que eso podría implicar:

- Tratamiento incluye proporcionar, coordinar o gestionar la atención médica por uno o más proveedores de atención médica o médicos. El tratamiento también puede incluir la coordinación o gestión de la atención entre un proveedor y un tercero, y la consulta y las referencias entre proveedores. Por ejemplo, el Plan puede compartir su información de salud con los médicos que lo están tratando.

- Pago incluye las actividades de este Plan, otros planes o proveedores para obtener primas, tomar determinaciones de cobertura y proporcionar reembolso por la atención médica. Esto puede incluir la determinación de la elegibilidad, la revisión de los servicios por necesidad o adecuación médica, la participación en actividades de gestión de la utilización, la gestión de reclamaciones y la facturación; así como la realización de funciones del plan "detrás de escena", como el ajuste de riesgos, la cobranza o el reaseguro. Por ejemplo, el Plan puede compartir información sobre su cobertura o los gastos en los que ha incurrido con otro plan de salud para coordinar el pago de los beneficios.
- Operaciones de atención médica incluye actividades de este Plan (y, en circunstancias limitadas, de otros planes o proveedores), como programas de bienestar y evaluación de riesgos, actividades de evaluación y mejora de la calidad, servicio al cliente y resolución interna de quejas. Las operaciones de atención médica también incluyen la evaluación de proveedores; la participación en actividades de acreditación, capacitación y credenciales; la realización de suscripción o calificación de primas; la organización de actividades de revisión médica y auditoría; y la planificación y desarrollo empresarial. Por ejemplo, el Plan puede usar información sobre sus reclamaciones para auditar a los terceros que aprueban el pago de los beneficios del Plan.

La cantidad de información de salud utilizada, divulgada o solicitada será limitada y, cuando sea necesario, restringida al mínimo necesario para lograr los fines previstos, según se define en las reglas de HIPAA. Si el Plan usa o divulga PHI para fines de suscripción, el Plan no usará ni divulgará PHI que sea su información genética para dichos fines.

Cómo puede el Plan compartir su información de salud con Pyramid Global Hospitality

El Plan, o su aseguradora de salud o HMO, puede divulgar su información de salud sin su autorización por escrito a Pyramid Global Hospitality para fines de administración del plan. Pyramid Global Hospitality puede necesitar su información de salud para administrar los beneficios bajo el Plan. Pyramid Global Hospitality se compromete a no usar ni divulgar su información de salud de otra manera que no sea la permitida o requerida por los documentos del Plan y por la ley. El personal de Recursos Humanos son los únicos empleados de Pyramid Global Hospitality que tendrán acceso a su información de salud para las funciones de administración del plan.

Así es como se puede compartir información adicional entre el Plan y Pyramid Global Hospitality, según lo permitido por las reglas de HIPAA:

- El Plan, o su aseguradora o HMO, puede divulgar "información de salud resumida" a Pyramid Global Hospitality, si se solicita, con el fin de obtener cotizaciones de primas para proporcionar cobertura bajo el Plan o para modificar, enmendar o terminar el Plan. La información de salud resumida es información que resume la información de las reclamaciones de los participantes, de la cual se han eliminado los nombres y otra información de identificación.
- El Plan, o su aseguradora o HMO, puede divulgar a Pyramid Global Hospitality información sobre si una persona está participando en el Plan o se ha inscrito o dado de baja en una opción de seguro o HMO ofrecida por el Plan.

Además, debe saber que Pyramid Global Hospitality no puede y no usará la información de salud obtenida del Plan para ninguna acción relacionada con el empleo. Sin embargo, la información de salud recopilada por Pyramid Global Hospitality de otras fuentes, por ejemplo, bajo la Ley de Licencia Familiar y Médica, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades o los programas de compensación para trabajadores, no está protegida por HIPAA (aunque este tipo de información puede estar protegida por otras leyes federales o estatales).

Otros usos o divulgaciones permitidos de su información de salud

En ciertos casos, su información de salud puede ser divulgada sin autorización a un familiar, amigo cercano u otra persona que usted identifique que esté involucrada en su atención o en el pago de su atención. La información sobre su ubicación, condición general o fallecimiento puede ser proporcionada a una persona similar (o a una entidad pública o privada autorizada para ayudar en los esfuerzos de socorro en casos de desastre). Generalmente se le dará la oportunidad de aceptar u oponerse a estas divulgaciones (aunque se pueden hacer excepciones, por ejemplo, si no está presente o si está incapacitado). Además, su información de salud puede ser divulgada sin autorización a su representante legal.

El Plan también puede usar o divulgar su información de salud sin su autorización por escrito para las siguientes actividades:

Compensación para trabajadores	Divulgaciones a programas legales de compensación para trabajadores o similares que proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo sin importar la culpa, según lo autorizado y necesario para cumplir con las leyes
Necesario para prevenir una amenaza grave para la salud o la seguridad	Divulgaciones hechas con la creencia de buena fe de que la divulgación de su información de salud es necesaria para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o seguridad pública o personal, si se hace a alguien razonablemente capaz de prevenir o disminuir la amenaza (o al objetivo de la amenaza); incluye divulgaciones para ayudar a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley a identificar o aprehender a un individuo que ha admitido su participación en un crimen violento que el Plan cree razonablemente que puede haber causado un daño físico grave a una víctima, o cuando parece que el individuo ha escapado de la prisión o de la custodia legal
Actividades de salud pública	Divulgaciones autorizadas por ley a personas que puedan estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición; divulgaciones a autoridades de salud pública para prevenir o controlar enfermedades o reportar abuso o negligencia infantil; y divulgaciones a la Administración de Alimentos y Medicamentos para recopilar o reportar eventos adversos o defectos de productos
Víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica	Divulgaciones a autoridades gubernamentales, incluidas las agencias de servicios sociales o de protección autorizadas por ley para recibir informes de abuso, negligencia o violencia doméstica, según lo exija la ley o si usted está de acuerdo o si el Plan cree que la divulgación es necesaria para prevenir un daño grave a usted o a posibles víctimas (se le notificará de la divulgación del Plan si informarle no lo pone en mayor riesgo)

Procedimientos judiciales y administrativos	Divulgaciones en respuesta a una orden judicial o administrativa, citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal (se puede requerir que el Plan le notifique de la solicitud o reciba una garantía satisfactoria de la parte que busca su información de salud de que se hicieron esfuerzos para notificarle o para obtener una orden de protección calificada con respecto a la información)
Fines de aplicación de la ley	Divulgaciones a funcionarios encargados de hacer cumplir la ley requeridas por ley o proceso legal, o para identificar a un sospechoso, fugitivo, testigo o persona desaparecida; divulgaciones sobre una víctima de un delito si usted está de acuerdo o si la divulgación es necesaria para una actividad inmediata de aplicación de la ley; divulgaciones sobre una muerte que pueda haber resultado de una conducta criminal; y divulgaciones para proporcionar evidencia de conducta criminal en las instalaciones del Plan
Fallecidos	Divulgaciones a un forense o médico forense para identificar al fallecido o determinar la causa de la muerte; y a los directores de funerarias para llevar a cabo sus deberes
Donación de órganos, ojos o tejidos	Divulgaciones a organizaciones de procuración de órganos u otras entidades para facilitar la donación y el trasplante de órganos, ojos o tejidos después de la muerte
Fines de investigación	Divulgaciones sujetas a la aprobación de juntas de revisión de privacidad institucionales o privadas, sujetas a ciertas garantías y representaciones por parte de los investigadores sobre la necesidad de usar su información de salud y el tratamiento de la información durante un proyecto de investigación
Actividades de supervisión de la salud	Divulgaciones a agencias de salud para actividades autorizadas por ley (auditorías, inspecciones, investigaciones o acciones de licencia) para la supervisión del sistema de atención médica, los programas de beneficios gubernamentales para los cuales la información de salud es relevante para la elegibilidad del beneficiario, y el cumplimiento de los programas regulatorios o las leyes de derechos civiles
Funciones gubernamentales especializadas	Divulgaciones sobre individuos que son personal de las Fuerzas Armadas o personal militar extranjero bajo el mando militar apropiado; divulgaciones a funcionarios federales autorizados para actividades de seguridad nacional o inteligencia; y divulgaciones a instalaciones correccionales o funcionarios de custodia encargados de hacer cumplir la ley sobre los reclusos
Investigaciones del HHS	Divulgaciones de su información de salud al Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar el cumplimiento del Plan con la regla de privacidad de HIPAA

Salvo que se describa en este aviso, otros usos y divulgaciones se realizarán únicamente con su autorización por escrito. Por ejemplo, en la mayoría de los casos, el Plan obtendrá su autorización antes de comunicarse con usted sobre productos o programas si se le paga al Plan por hacer esas comunicaciones. Si mantenemos notas de psicoterapia en nuestros registros, obtendremos su autorización en algunos casos antes de divulgar esos registros. El Plan nunca venderá su información de salud a menos que usted nos haya autorizado a hacerlo. Puede revocar su autorización según lo permitido por las reglas de HIPAA. Sin embargo, no puede revocar su autorización con respecto a las divulgaciones que el Plan ya ha realizado. Se le notificará cualquier acceso, uso o divulgación no autorizados de su información de salud no segura, según lo exija la ley.

El Plan le notificará si se da cuenta de que ha habido una pérdida de su información de salud de una manera que podría comprometer la privacidad de su información de salud.

Sus derechos individuales

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

Derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de su información de salud y el derecho del Plan a negarse

Usted tiene derecho a solicitar al Plan que restrinja el uso y la divulgación de su información de salud para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, excepto para usos o divulgaciones requeridos por ley. Usted tiene derecho a solicitar al Plan que restrinja el uso y la divulgación de su información de salud a familiares, amigos cercanos u otras personas que usted identifique como involucradas en su atención o en el pago de su atención. También tiene derecho a solicitar al Plan que restrinja el uso y la divulgación de información de salud para notificar a esas personas de su ubicación, condición general o fallecimiento, o para coordinar esos esfuerzos con entidades que asisten en los esfuerzos de socorro en casos de desastre. Si desea ejercer este derecho, su solicitud al Plan debe ser por escrito.

El Plan no está obligado a aceptar una restricción solicitada. Si el Plan acepta, una restricción puede ser terminada posteriormente por su solicitud por escrito, por acuerdo entre usted y el Plan (incluido un acuerdo oral), o unilateralmente por el Plan para la información de salud creada o recibida después de que se le notifique que el Plan ha eliminado las restricciones. El Plan también puede divulgar información de salud sobre usted si necesita tratamiento de emergencia, incluso si el Plan ha aceptado una restricción.

Una entidad cubierta por estas reglas de HIPAA (como su proveedor de atención médica) o su asociado comercial debe cumplir con su solicitud de que la información de salud sobre un artículo o servicio de atención médica específico no se divulgue al Plan para fines de pago u operaciones de atención médica si ha pagado de su bolsillo y en su totalidad por el artículo o servicio.

Derecho a recibir comunicaciones confidenciales de su información de salud

Si cree que la divulgación de su información de salud por los medios habituales podría ponerlo en peligro de alguna manera, el Plan se adaptará a las solicitudes razonables para recibir comunicaciones de información de salud del Plan por medios alternativos o en ubicaciones alternativas.

Si desea ejercer este derecho, su solicitud al Plan debe ser por escrito y debe incluir una declaración de que la divulgación de toda o parte de la información podría ponerlo en peligro.

Derecho A Inspeccionar Y Copiar Su Información De Salud

Con ciertas excepciones, usted tiene derecho a inspeccionar u obtener una copia de su información de salud en un "conjunto de registros designado". Esto puede incluir registros médicos y de facturación mantenidos para un proveedor de atención médica; sistemas de registros de inscripción, pago, adjudicación de reclamaciones y gestión de casos o médica mantenidos por un plan; o un grupo de registros que el Plan utiliza para tomar decisiones sobre las personas. Sin embargo, no tiene derecho a inspeccionar ni a obtener copias de notas de psicoterapia o información compilada para procedimientos civiles, penales o administrativos. El Plan puede denegar su derecho de acceso, aunque en ciertas circunstancias, puede solicitar una revisión de la denegación.

Si desea ejercer este derecho, su solicitud al Plan debe ser por escrito. Dentro de los 30 días posteriores a la recepción de su solicitud (60 días si la información de salud no es accesible en el sitio), el Plan le proporcionará una de estas respuestas:

- El acceso o las copias que solicitó
- Una denegación por escrito que explica por qué se denegó su solicitud y cualquier derecho que pueda tener a que se revise la denegación o a presentar una queja
- Una declaración por escrito de que el período de tiempo para revisar su solicitud se extenderá por no más de 30 días más, junto con las razones del retraso y la fecha en que el Plan espera atender su solicitud

También puede solicitar que su información de salud se envíe a otra entidad o persona, siempre que dicha solicitud sea clara, conspicua y específica. El Plan puede proporcionarle un resumen o una explicación de la información en lugar del acceso o las copias de su información de salud, si usted está de acuerdo de antemano y paga las tarifas aplicables. El Plan también puede cobrar tarifas razonables por las copias o el franqueo. Si el Plan no mantiene la información de salud pero sabe dónde se mantiene, se le informará dónde dirigir su solicitud.

Si el Plan mantiene sus registros en formato electrónico, puede solicitar una copia electrónica de su información de salud en una forma y formato que el Plan pueda producir fácilmente. También puede solicitar que dicha información de salud electrónica se envíe a otra entidad o persona, siempre que dicha solicitud sea clara, conspicua y específica. Cualquier cargo que se le cobre por estas copias debe ser razonable y basarse en el costo del Plan.

Derecho a modificar su información de salud que sea inexacta o incompleta

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

Si desea ejercer este derecho, su solicitud al Plan debe ser por escrito, y debe incluir una declaración que respalde la enmienda solicitada. Dentro de los 60 días posteriores a la recepción de su solicitud, el Plan tomará una de estas acciones:

- Hacer la enmienda según lo solicitado.
- Proporcionar una denegación por escrito que explique por qué se denegó su solicitud y cualquier derecho que pueda tener a no estar de acuerdo o a presentar una queja.
- Proporcionar una declaración por escrito de que el período de tiempo para revisar su solicitud se extenderá por no más de 30 días más, junto con las razones del retraso y la fecha en que el Plan espera atender su solicitud

Derecho a recibir un informe de las divulgaciones de su información de salud

Usted tiene derecho a una lista de ciertas divulgaciones de su información de salud que el Plan ha realizado. Esto se conoce a menudo como una "lista de divulgaciones". Generalmente, puede recibir este informe si la divulgación es requerida por ley, en relación con actividades de salud pública o en situaciones similares enumeradas en la tabla anterior de este aviso, a menos que se indique lo contrario a continuación.

Puede recibir información sobre las divulgaciones de su información de salud por hasta seis años antes de la fecha de su solicitud. No tiene derecho a recibir un informe de ninguna divulgación realizada en cualquiera de estas circunstancias:

- Para tratamiento, pago u operaciones de atención médica
- A usted sobre su propia información de salud
- Incidental a otras divulgaciones permitidas o requeridas
- Donde se proporcionó autorización
- A miembros de la familia o amigos involucrados in su atención (donde la divulgación está permitida sin autorización)
- Para fines de seguridad nacional o inteligencia o a instituciones correccionales o funcionarios encargados de hacer cumplir la ley en ciertas circunstancias
- Como parte de un "conjunto de datos limitado" (información de salud que excluye cierta información de identificación)

Además, su derecho a un informe de divulgaciones a una agencia de supervisión de la salud o a un funcionario encargado de hacer cumplir la ley puede ser suspendido a solicitud de la agencia o el funcionario.

Si desea ejercer este derecho, su solicitud al Plan debe ser por escrito. Dentro de los 60 días posteriores a la solicitud, el Plan le proporcionará la lista de divulgaciones o una declaración por escrito de que el período de tiempo para proporcionar esta lista se extenderá por no más de 30 días más, junto con las razones del retraso y la fecha en la que el Plan espera atender su solicitud. Puede hacer una solicitud en cualquier período de 12 meses sin costo para usted, pero el Plan puede cobrar una tarifa por solicitudes posteriores. Se le notificará de la tarifa por adelantado y tendrá la oportunidad de cambiar o revocar su solicitud.

Derecho a obtener una copia impresa de este aviso del Plan a solicitud

Usted tiene derecho a obtener una copia impresa de este aviso de privacidad a solicitud. Incluso las personas que aceptaron recibir este aviso electrónicamente pueden solicitar una copia impresa en cualquier momento.

Cambios En La Información De Este Aviso

El Plan debe cumplir con los términos del aviso de privacidad actualmente en vigor. Este aviso entra en vigencia el 1 de enero de 2026. Sin embargo, el Plan se reserva el derecho de cambiar los términos de sus políticas de privacidad, como se describe en este aviso, en cualquier momento y de hacer que las nuevas disposiciones sean efectivas para toda la información de salud que el Plan mantiene. Esto incluye la información de salud que se creó o recibió previamente, no solo la información de salud creada o recibida después de que se cambie la política. Si se realizan cambios en las políticas de privacidad del Plan descritas en esta notificación, se le proporcionará una notificación de privacidad actualizado.

Quejas: cree que se han violado sus derechos de privacidad o que su Plan no ha cumplido con sus obligaciones legales bajo HIPAA, puede presentar una queja ante el Plan y ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos. No se tomarán represalias en su contra por presentar una queja. Para presentar una queja, comuníquese con Recursos Humanos Corporativos enviando un correo electrónico a benefitscenter@pyramidglobal.com o llamando al 617-412-2888.

Contacto: Para obtener más información sobre las políticas de privacidad del Plan o sus derechos bajo HIPAA, comuníquese con Recursos Humanos Corporativos enviando un correo electrónico a benefitscenter@pyramidglobal.com o llamando al 617-412-2888.

Aviso de la Ley Sin Sorpresas

Sus Derechos y Protecciones Contra Facturas Médicas Sorpresa

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

¿Qué es la "facturación de saldo" (a veces llamada "facturación sorpresa")?

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

"Fuera de la red" describe a los proveedores e instalaciones que no han firmado un contrato con su plan de salud. A los proveedores fuera de la red se les puede permitir facturarle la diferencia entre lo que su plan acordó pagar y el monto total cobrado por un servicio. Esto se llama "facturación de saldo". Este monto probablemente sea mayor que los costos dentro de la red por el mismo servicio y podría no contar para su límite anual de gastos de bolsillo.

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

Está protegido contra la facturación de saldo para:

Servicios de emergencia

Si tiene una condición médica de emergencia y recibe servicios de emergencia de un proveedor o centro fuera de la red, lo máximo que el proveedor o centro puede facturarle es el monto de costo compartido dentro de la red de su plan (como copagos y coseguros). No se le puede facturar el saldo por estos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que pueda recibir después de estar en condición estable, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones para no ser facturado por el saldo de estos servicios posteriores a la estabilización.

Ciertos servicios en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red

Cuando recibe servicios de un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, ciertos proveedores allí pueden estar fuera de la red. En estos casos, lo máximo que esos proveedores pueden facturarle es el monto de costo compartido dentro de la red de su plan.

Esto se aplica a los servicios de medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, cirujano asistente, hospitalista o intensivista. Estos proveedores no pueden facturarle el saldo y no pueden pedirle que renuncie a sus protecciones para no ser facturado por el saldo.

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

Nunca se le exige que renuncie a sus protecciones contra la facturación de saldo. Tampoco se le exige que reciba atención fuera de la red.

Puede elegir un proveedor o centro en la red de su plan.

- Cuando no se permite la facturación de saldo, también tiene las siguientes protecciones:
- Usted solo es responsable de pagar su parte del costo (como los copagos, coseguros y deducibles que pagaría si el proveedor o centro estuviera dentro de la red). Su plan de salud pagará directamente a los proveedores e instalaciones fuera de la red.
- Su plan de salud generalmente debe: – Cubrir los servicios de emergencia sin requerir que obtenga aprobación para los servicios por adelantado (autorización previa). – Cubrir los servicios de emergencia de proveedores fuera de la red. – Basar lo que debe al proveedor o centro (costo compartido) en lo que pagaría a un proveedor o centro dentro de la red y mostrar ese monto en su explicación de beneficios. – Contar cualquier monto que pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red para su deducible y límite de gastos de bolsillo.

Si cree que se le ha facturado incorrectamente, puede contactar al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. a partir del 1 de enero de 2022 al 1-800-985-3059. Visite [No Surprises Act | CMS](#) para obtener más información sobre sus derechos bajo la ley federal.

Aviso de Indemnización Fija

El siguiente aviso se aplica a los planes suplementarios de Accidente, Enfermedad Crítica e Indemnización Hospitalaria de Pyramid Global Hospitality.

IMPORTANTE: Esta es una póliza de indemnización fija, NO un seguro de salud.

Esta póliza de indemnización fija puede pagarle una cantidad limitada en dólares si está enfermo u hospitalizado. Usted sigue siendo responsable de pagar el costo de su atención.

- El pago que recibe no se basa en el tamaño de su factura médica.
- Podría haber un límite en cuánto pagará esta póliza cada año.
- Esta póliza no es un sustituto de un seguro de salud integral.
- Dado que esta póliza no es un seguro de salud, no tiene que incluir la mayoría de las protecciones federales para el consumidor que se aplican a los seguros de salud.

¿Busca un seguro de salud integral?

- Visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) o llame al 1-800-318-2596 (TTY: 1-855-889-4325) para encontrar opciones de cobertura de salud.
- Para saber si puede obtener un seguro de salud a través de su trabajo, o del trabajo de un familiar, contacte al empleador.

¿Preguntas sobre esta póliza?

- Para preguntas o quejas sobre esta póliza, contacte a su Departamento de Seguros estatal. Encuentre su número en el sitio web de la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros (naic.org) en "Insurance Departments".
- Si tiene esta póliza a través de su trabajo, o del trabajo de un familiar, contacte al empleador.

Notas



Aunque se ha hecho todo lo posible para garantizar la exactitud de esta guía de beneficios, los documentos y contratos de los planes prevalecerán en caso de discrepancia entre esta guía y los documentos y contratos de los planes. Además, Pyramid Global Hospitality se reserva el derecho de modificar o cancelar cualquier plan de beneficios en cualquier momento.