better**together**
FOR TOTAL WELLBEING



Guía de decisiones sobre beneficios 2027

PYRAMID
GLOBAL HOSPITALITY



Bienvenido

betterTogether
FOR TOTAL WELLBEING

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 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 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 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 usted es un **nuevo empleado**: Use esta guía para conocer sus beneficios e inscribirse en la cobertura como parte de su proceso de Integración (Onboarding).
- Si usted es un **asociado actual** que participa en la Inscripción Abierta de este año (26 de octubre – 13 de noviembre): Esta es una **Inscripción ACTIVA**, lo que significa que sus elecciones de beneficios actuales **NO se transferirán automáticamente** a 2027. Para tener cobertura durante el nuevo año del plan, debe completar su Inscripción y enviar sus elecciones a través de Workday antes de la fecha límite de la Inscripción Abierta. **Si no se inscribe, no tendrá cobertura para 2027.**

Nos importa marcar la diferencia

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

Tome acción

Esta guía proporciona una descripción general de sus beneficios de 2027 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	Visite ALEX para conocer sus beneficios de Pyramid Global Hospitality. Consulte la página 4 para obtener más detalles. A partir del 11 de enero, visite el micrositio de BetterTogether a través de la aplicación Benefits and Pay para explorar en mayor detalle sus beneficios, aseguradoras y recursos.
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, utilice proveedores dentro de la red y acceda a los recursos para miembros para aprovechar al máximo su plan.

IMPORTANTE: ¡Por favor, lea!

Si usted (o sus dependientes) tiene Medicare o será elegible para Medicare antes del 31 de diciembre de 2027, la ley federal le otorga más opciones 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 haga 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 parecer abrumador, pero ALEX está aquí para ayudarlo. ALEX es una herramienta interactiva y fácil de usar, impulsada por JellyVision, que lo guía paso a paso por sus opciones de beneficios. Al hacer preguntas sencillas y personalizadas, ALEX lo ayuda a comprender 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

A partir del 19 de octubre, acceda a ALEX a través de la aplicación Benefits & Pay para explorar sus opciones de plan para 2027. Simplemente haga clic en el enlace "MEET ALEX" y seleccione "I'm here for Open Enrollment". Una vez que comience la Inscripción Abierta el 26 de octubre, también podrá acceder a ALEX a través de su tarea de Inscripción en Workday.

Nota importante

ALEX es una herramienta de apoyo para la toma de decisiones sobre beneficios, diseñada para ayudarlo a comprender 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 2027.

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 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 empleados 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 Calificado (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

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. A continuación, aproveche los recursos para miembros de su plan para sacarle el máximo partido 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. BCBS PPO Premium
2. BCBS Core Flex
3. BCBS Saver Flex
4. BCBS PPO Essential

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



Nos hemos asociado con aseguradoras de primer nivel para ofrecerle sus Opciones de Plan Médico:

- Blue Cross Blue Shield (BCBS): ofrece una amplia red nacional de médicos para todas las Opciones de Plan Médico. Administra los servicios hospitalarios y ambulatorios de los planes PPO Premium y Essential
- Lantern: un Centro de Excelencia quirúrgico que ofrece a los miembros una red de cirujanos altamente capacitados y mejor calificados para cirugías específicas. El uso de Lantern es obligatorio para las opciones de plan PPO Premium y PPO Essential
- Personify Health: brinda apoyo y representación a los afiliados y administra los servicios hospitalarios y ambulatorios de las opciones de plan Core Flex y Saver Flex

Diferencias y similitudes importantes entre sus Opciones de Plan Médico

Opción de Plan	Plan PPO Premium de BCBS	Plan Core Flex de BCBS	Plan Saver Flex de BCBS	Plan PPO Essential de BCBS
Red para visitas al consultorio médico	Red Nacional Amplia	Red Nacional Amplia	Red Nacional Amplia	Red Nacional Amplia
Red para procedimientos hospitalarios y ambulatorios	Ciertos procedimientos quirúrgicos requieren el uso de los Centros de Excelencia de Lantern	Todos los procedimientos hospitalarios y ambulatorios son administrados por Personify Health	Todos los procedimientos hospitalarios y ambulatorios son administrados por Personify Health	Ciertos procedimientos quirúrgicos requieren el uso de los Centros de Excelencia de Lantern
Elegible para Cuenta de Ahorros para la Salud	No	No	Sí	No
Cobertura de medicamentos recetados y visitas al consultorio médico antes del deducible	Sí	Sí	No	Sí
Contribuciones de nómina	**$$$**	**$$$**	**$$**	**$**

Información importante sobre las Opciones de Plan Médico Flex:

Los planes Flex brindan una cobertura similar a la de los planes tradicionales, excepto para los procedimientos que no son de emergencia y los tratamientos hospitalarios o ambulatorios recibidos en un hospital o centro quirúrgico.

Usted recibirá tres tarjetas de identificación para la cobertura médica bajo un Plan Flex.

- La tarjeta de Blue Cross Blue Shield se usará para las visitas al consultorio médico.
- La tarjeta de Personify se usará para los procedimientos hospitalarios y ambulatorios.
- La tarjeta de Lantern será para la atención quirúrgica y los servicios relacionados.

Cuando necesite realizarse un tratamiento o procedimiento hospitalario o ambulatorio, deberá comunicarse con Personify Health para obtener la precertificación del tratamiento. Personify negociará con el centro para ahorrarle dinero a usted y al plan.

Facturación del saldo hospitalario y ambulatorio:

La facturación del saldo ocurre a veces cuando el plan paga a un hospital fuera de la red menos de la cantidad que el hospital cobra por la atención. Cuando está inscrito en un Plan Flex, es importante comparar sus facturas con las Explicaciones de Beneficios (EOB) que recibirá de Personify Health. Si se le pide pagar más de lo que indica su EOB, esto se denomina Factura de Saldo. Aunque la facturación del saldo es poco común, si recibe una factura de saldo, no la pague: comuníquese con Personify Health.



Palabras que debe conocer

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

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

Opciones de Plan Médico

A continuación se presenta un resumen de algunos de los beneficios cubiertos por las Opciones de Plan Médico y sus costos cuando recibe atención.

Opción de Plan	BCBS PPO Premium	BCBS Core Flex	BCBS Saver Flex	BCBS PPO Essential
Elegible para HSA	No	No	Sí	No
	Cobertura Dentro de la Red			
Deducible Anual				
Individual	$0	$1,900	$2,500	$5,000
Familiar	$0	$3,800	$5,000	$10,000
Máximo de Gastos de Bolsillo (por año calendario)				
Individual	$6,500	$6,500	$6,500	$10,000
Familiar*	$13,000	$13,000	$13,000	$20,000
Cobertura Médica				
Coseguro	N/A	15%	20%	30%
Atención Preventiva	0%	0%	0%	0%
Visita de atención primaria	$10	$15	$20 de copago después del Ded.	$50
Consulta con especialista	$50	$60	$75 de copago después del Ded.	$150
Visita de atención virtual	$10	$15	$20	$50
Visita a centro de atención de urgencia	$100	$60	$75	$60
Laboratorios / Radiografías	$100	Ded. y Coseg.	Ded. y Coseg.	Ded. y Coseg.
Hospitalización	Hasta $3,600	Ded. y Coseg.	Ded. y Coseg.	Ded. y Coseg.
Atención ambulatoria	Hasta $1,200	Ded. y Coseg.	Ded. y Coseg.	Ded. y Coseg.
Sala de Emergencia	Hasta $1,000	Ded. y Coseg.	Ded. y Coseg.	$1,000
Rx (Venta al por menor - suministro para 30 días)	$15/$50/$75	$15/$50/$75	$15/$50/$75 Después del deducible	$15/$50/$75

Nota: En los planes Flex, 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 PPO Premium y PPO Essential, 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.

Búsqueda de Proveedores

El uso de proveedores en la red puede ayudarle a obtener el máximo valor de su plan de Salud, ya que los proveedores en la red han aceptado tarifas negociadas y costos reducidos para los servicios cubiertos. Recibirá por correo una tarjeta de identificación con el nombre de su red de proveedores. Su red se basa en el estado donde usted se encuentra y le brinda acceso a hospitales, médicos y otros servicios profesionales auxiliares. Para encontrar un hospital, médico/especialista u otro proveedor en su red, visite **Mybenefitenrollment.net/pyramid**. Para quienes están inscritos en un Plan Flex, cualquier procedimiento de hospitalización o ambulatorio recibido en un hospital o centro quirúrgico deberá precertificarse con Personify Health. Para comunicarse con Personify, llame al 866-777-8511.

Atención Virtual:

¿Necesita atención con rapidez? Pyramid se ha asociado con Teladoc Health® para brindarle acceso 24/7 a médicos con licencia por teléfono o video. La mayoría de las citas se pueden programar en minutos, y muchas consultas toman solo de 10 a 15 minutos. Los médicos pueden diagnosticar enfermedades comunes, recomendar tratamiento y prescribir medicamentos cuando sea apropiado para muchos problemas que no son de emergencia, como resfriado/gripe, alergias, fiebre, conjuntivitis, erupciones cutáneas, problemas estomacales y más. Es fácil comenzar.

1. Inicie sesión en My Health Toolkit® en **MyHealthToolkitMA.com**.
2. Seleccione Providers & Services, Telemedicina y luego Teladoc. Esto lo llevará al sitio de Teladoc.
3. Aparecerá la información de su seguro para que pueda completar su registro fácilmente.
4. O puede llamar a Teladoc Health al 866-789-8155. Tenga a mano su ID de Miembro.

Lantern: su guía para una excelente atención quirúrgica

Lantern está aquí para ayudarle 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 le 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
- Colonoscopías Amigdalectomías
- Y más

Nota: Cuando se inscribe en un plan médico a través de Pyramid Global Hospitality, queda inscrito automáticamente en Lantern Surgical Care sin costo adicional. Recibirá una tarjeta de identificación de Miembro de Lantern por separado con información sobre cómo acceder a este valioso beneficio.

*Si está en el plan PPO Premium o PPO Essential, se le requiere contactar a Lantern para los procedimientos en negrita.
*Lantern tiene un costo de $0 en gastos de bolsillo para los miembros, pero aquellos en el plan Essential deben cumplir primero con el deducible mínimo del IRS ($1,750 individual/S3,500 familiar).

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				
	BCBS PPO Premium	BCBS Core Flex	BCBS Saver Flex	BCBS PPO Essential
Recetas en farmacia (suministro para 30 días)				
Nivel 1	$15	$15	Ded. y luego $15	$15
Nivel 2	$50	$50	Ded. y luego $50	$50
Nivel 3	$75	$75	Ded. y luego $75	$75
Recetas por correo (suministro para 90 días)				
Nivel 1	$30	$30	Ded. luego $30	$30
Nivel 2	$100	$100	Ded. luego $100	$100
Nivel 3	$150	$150	Ded. luego $150	$150

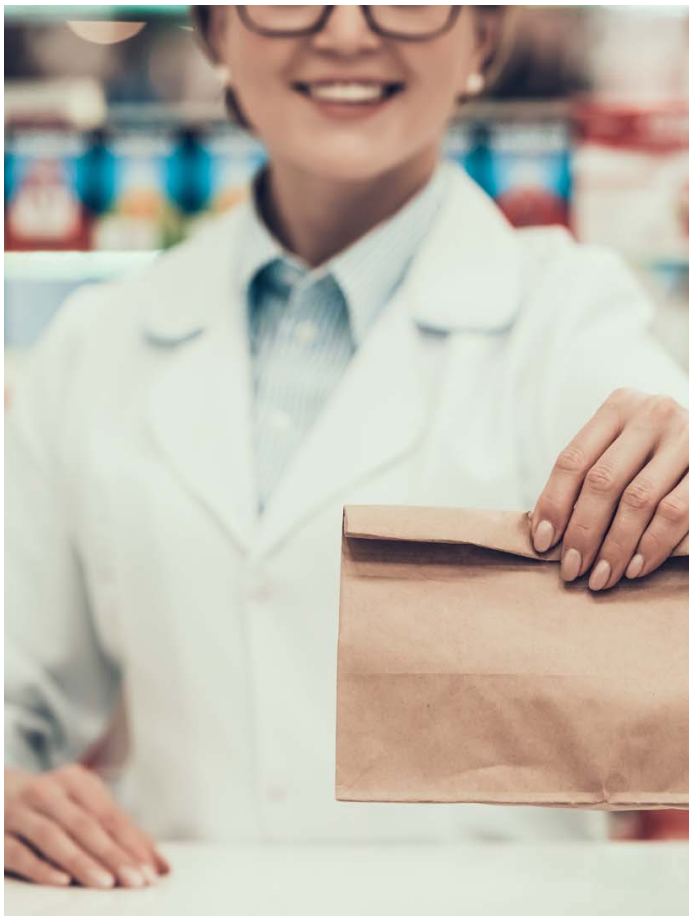
Medicamentos de Mantenimiento

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 para 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 surte 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 para 90 días.

Puede determinar la ubicación de la farmacia OptumRx más cercana a través de **optumrx.com**, su aplicación móvil de OptumRx o comunicándose al 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:

Gestione sus medicamentos cuando esté en movimiento

Use la aplicación móvil de OptumRx para configurar la entrega de recetas de 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 Complementarios

Considere un Seguro Médico Complementario

Su paquete de beneficios incluye la opción de adquirir un seguro médico complementario a través de Securian. 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, es posible que pueda ahorrar dinero adquiriendo un plan médico de menor costo y agregando uno o más planes complementarios para lograr una protección eficaz 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.

Beneficio de Bienestar:

Las tres opciones de plan incluyen un beneficio de Bienestar de $50 que proporciona un pago anual para usted y para cada dependiente inscrito cuando completa un examen de detección de Salud cubierto en la fecha de entrada en vigor de su cobertura o después de ella, sin importar si tiene o no algún gastos de bolsillo. Solo se requiere un examen de detección por persona, y el Beneficio se paga una vez por año calendario, incluso si se completan varios exámenes de detección.

¿Listo para saber más? Visite securian.com/pyramid-global-insurance para obtener más información sobre sus opciones de cobertura y costos.

* 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 contra Accidentes puede ayudarlo a recuperarse al proporcionarle beneficios en efectivo si sufre un accidente cubierto. Estos beneficios ayudan con los gastos y protegen sus ahorros, lo que le permite 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:
  - Traslados en ambulancia
  - Quemaduras
  - Dislocaciones
  - Beneficios por cirugía y más
  - Fracturas
  - Hospitalizaciones
  - Lesiones en deportes organizados
  - Fisioterapia
- El Beneficio se le paga directamente a usted

Seguro por Enfermedades Críticas*



El Seguro por Enfermedades Críticas puede ayudar con los costos de tratamiento de enfermedades críticas cubiertas, incluidas condiciones de salud mental como el trastorno del espectro autista, el trastorno bipolar y la depresión. Este plan asegura que usted 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 de ayudar con los gastos de la vida diaria.

- Elija entre dos opciones de cobertura con pagos de hasta $15,000 o $30,000 por enfermedades graves cubiertas, tales como:
  - Autismo
  - Cáncer
  - Infarto de miocardio
  - Beneficios de salud reproductiva
  - Accidente cerebrovascular
  - Diabetes tipo 1
- El Beneficio se le paga directamente a usted después de un nuevo diagnóstico. Las condiciones preexistentes no son elegibles.

Seguro de Indemnización Hospitalaria*



El Seguro de Indemnización Hospitalaria ofrece protección financiera cuando usted está hospitalizado debido a una enfermedad o lesión cubierta. Este beneficio se le paga directamente a usted por hospitalizaciones planificadas y no planificadas, para usarlo en gastos médicos y no médicos. 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 usted está hospitalizado por unos días, unas semanas o unos meses.
- Incluye reembolso por admisión hospitalaria y confinamiento hospitalario diario.
- Hay pagos disponibles para exámenes de detección y atención ambulatoria de salud mental y abuso de sustancias.
- Posibilidad de presentar la reclamación por trabajo de parto y alumbramiento antes de la estadía hospitalaria, a las 36 semanas de embarazo, y recibir el pago.

Cobertura Dental

Proteja sus dientes 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 cuanto al dentista que elija. Este plan cuenta con un deducible anual, coseguro para diferentes tipos de servicios y una cantidad máxima 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 en 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 atención médica bucal, LASIK y audífonos. Obtenga más información en **www.deltadentalins.com/memberperks**.

Detalles del Plan	Delta Dental	
	DPPO Plus Premier	DHMO DeltaCare*
Cantidades de Costo Compartido del Asociado		
Deducible (individual/familiar)	$50 / $150	$0 / $0
Máximo anual de atención dental	$2,000	No aplica
Sus Costos por atención		
Chequeos, limpieza dental y otros servicios de diagnóstico/preventivos	Cubierto al 100%**	Cubierto al 100%
Reparación de caries, extracciones dentales, endodoncias, servicios de rutina/restaurativos y otros servicios de endodoncia	Cubierto al 80%	El costo de los empastes es de $0 a $115 dependiendo del componente utilizado
Coronas, incrustaciones, restauraciones coladas y ATM	Cubierto al 50%	El costo de las coronas es de $390 – $460
Ortodoncia (Incluye tradicional o Invisalign*)**	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

* El DHMO solo se ofrece en ciertas ubicaciones geográficas

** Los costos no cuentan para el máximo anual cuando se consulta 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.

*** Consulte la información de su plan para más detalles.

Cobertura de Visión



Sus beneficios de visión de UHC le ayudan a usted y a su familia a acceder a atención ocular de calidad, incluidos los exámenes de la vista de rutina, a un costo asequible. También recibirá un subsidio minorista de $150 para lentes de contacto y un subsidio minorista 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 **exploreuhcplans.com/pyramidglobalhospitality**.

Beneficios clave de 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 minorista de $150
Lentes de contacto electivos (una vez cada 12 meses)	Subsidio minorista de $150
Lentes estándar (una vez cada 12 meses)	Cubierto al 100%

Para conocer opciones adicionales de lentes cubiertos y los beneficios fuera de la red, consulte los detalles de su plan en **exploreuhcplans.com/pyramidglobalhospitality**.

Cuenta de Ahorro para la Salud

Cuando se inscribe en el plan Saver, es elegible para contribuir a una Cuenta de Ahorro para la Salud (HSA) con Ventajas Fiscales*, que puede usar ahora para pagar gastos actuales de atención médica 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 2027, los límites son $4,500 para cobertura individual y $9,000 para cobertura familiar.** Cualquier persona de 55 años o más al 12/31/2027 puede hacer una contribución anual adicional de recuperación de $1,000.
	**2. Usted retira dinero libre de impuestos** Use el dinero en su HSA para hacer pagos libres de impuestos para gastos elegibles de atención médica 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 para 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 para Atención Médica.

Fondee 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 Ahorro para 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 para Atención Médica y una FSA para Cuidado de Dependientes.

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.

	Límite máximo de Contribución	
Año	**FSA para Atención Médica**	**FSA para Cuidado de Dependientes**
2027	$3,400*	$7,500*

*Pendiente de la publicación por parte del IRS de los límites finales para 2027.

Seguro de Vida/AD&D

Seguro de Vida Básico y de Muerte Accidental & Desmembramiento

Todos los asociados elegibles para beneficios son inscritos automáticamente para recibir beneficios de Seguro de Vida Básico y beneficios de seguro de Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D) cada año, sin costo para usted. Los beneficios son proporcionados por Securian.

- Beneficios que recibe – 1x su salario anual
- Cantidad Máxima del Beneficio – Por hora: $100,000, Asalariados & Gerentes: $300,000

Nota: El Seguro de Vida Básico mayor a $50,000 que le proporciona Pyramid Global Hospitality se considera ingreso gravable y se reporta al IRS. Esta cantidad aparece en su W2 como ingreso imputado.

¿Lo sabía?

Con su **Cobertura de Vida de Securian**, usted y su familia tienen acceso a apoyo legal, financiero, de duelo y de bienestar gratuito 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 Vida y AD&D Suplementario Voluntario

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 cantidades que se muestran a continuación. Usted paga la totalidad de los costos de las Primas con dólares después de impuestos y puede cubrirse a sí mismo, a su cónyuge y a sus dependientes.

	Cantidades de los Beneficios del seguro de Vida & AD&D suplementario voluntario	Cantidades de emisión garantizada
Empleado	1x-7x el salario anual, hasta un máximo de $300,000 para empleados por hora y $800,000 para asalariados & gerentes	$200,000 para por hora y $400,000 para asalariados & 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 Evidencia de Asegurabilidad?

La Evidencia 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 Temporal suplementario voluntario dentro de los 31 días de la elegibilidad inicial, no se requiere EOI para la cobertura hasta la cantidad 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 empleado nuevo, aún puede elegir este beneficio. Sin embargo, se le pedirá que complete una solicitud de salud personal que será revisada por Securian.

Seguro por Discapacidad

Cuidamos de usted proporcionando beneficios de seguro por discapacidad 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 por Incapacidad a Corto Plazo y a Largo Plazo cuando se inscriba 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 por Incapacidad a Corto Plazo, sus beneficios por incapacidad 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
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 de 18 años o más 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 $24,500*. Sin embargo, si tiene entre 50 y 59 años O 64 años o más, puede aportar $8,000* adicionales en contribuciones de recuperación, para un total de $31,000*. Quienes tienen entre 60 y 63 años pueden aportar $11,250* adicionales, para un total de $35,750*.

*Pendiente de la publicación por parte del IRS de los límites finales para 2027.

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.

¿Lo sabía?

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 financiero y aprenda a gastar menos, ahorrar más y librarse de las deudas.

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

RAMSEY SmartDollar

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 jurídico
- Información sobre adopción, coaching para la licencia parental
- Información para viajes y expatriados
- Referencias a proveedores de servicios locales

Recursos del 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: (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 de acudir a cualquier veterinario para el cuidado de su perro o gato
- Un proceso de reclamos sencillo 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	Blue Cross Blue Shield Personify	866-777-8511	**mybenefitenrollment.net/pyramid**
Médico (Cirugía)	Lantern	844-752-6168	**my.lanterncare.com**
Medicamentos recetados	OptumRx	800-797-9791	**optumrx.com**
Cuenta de Ahorro 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	**exploreuhcplans.com/pyramidglobalhospitality**
Vida y AD&D Seguro Médico Complementario (Accidente, Enfermedad Crítica, Indemnización Hospitalaria)	Securian	800-872-2214	**securian.com/pyramid-global-insurance**
Incapacidad	Unum	800-421-0344	**unum.com/employees**
Programa de Asistencia al Empleado (EAP)	SupportLinc	888-881-5462	**mysupportlinc.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**
Bienestar Financiero	Smart Dollar		**smartdollar.com/enroll/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 2027. Esto se conoce como "cobertura acreditable".

Por qué es importante. Si usted o sus dependientes cubiertos están inscritos durante 2027 en alguna de las coberturas de medicamentos recetados mencionadas en este aviso y están o llegan a estar cubiertos por Medicare, es posible que decida inscribirse más adelante en un plan de medicamentos recetados de Medicare sin estar sujeto a una multa por inscripción tardía, siempre y cuando haya tenido cobertura acreditable dentro de los 63 días previos a su inscripción en el plan de medicamentos recetados de Medicare. Debe conservar este aviso junto con sus documentos importantes.

Si usted o los miembros de su familia no están cubiertos actualmente por Medicare y no lo estarán en los próximos 12 meses, este aviso no aplica para 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 sobre la cobertura acreditable

Quizá haya oído hablar de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (denominada "Parte D") y se haya preguntado cómo le afectaría. La cobertura de medicamentos recetados está disponible para todas las personas afiliadas a Medicare a través de los planes de medicamentos recetados de Medicare. Todos los planes de medicamentos recetados de Medicare ofrecen, como mínimo, un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también ofrecen una mayor cobertura a cambio de una prima mensual más elevada.

Las personas pueden inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare cuando cumplen los requisitos por primera vez, y cada año entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Las personas que dejen la cobertura de su empleador o sindicato pueden tener derecho a 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 2027. 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 & You. 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 con usted directamente. A continuación le indicamos cómo obtener más información sobre los planes de medicamentos recetados de Medicare:

- Visite **medicare.gov** para obtener ayuda personalizada.
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (consulte una copia del manual Medicare & You 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.

Las personas con ingresos y recursos limitados pueden beneficiarse de una ayuda adicional 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 Cantidad 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

100 Federal Street, Suite 1302

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 los 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 al administrador de su 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 licencia de 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, su estado puede tener un programa de asistencia para el pago de primas que puede ayudar a cubrir el costo de la cobertura, utilizando fondos de sus programas de Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no serán elegibles para estos programas de asistencia para el pago de primas, pero es posible que 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 vive en uno de los estados que se indican a continuación, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para averiguar si hay asistencia para el pago de primas disponible.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y cree que usted o alguno de sus dependientes podrían ser elegibles para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina estatal de Medicaid o CHIP o marque **1-877-KIDS NOW** o visite **www.insurekidsnow.gov** para saber cómo solicitarlos. Si usted califica, consulte con su estado si tiene un programa que podría ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador. Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir asistencia para el pago de primas a través de Medicaid o CHIP, además de ser elegibles según el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan de su empleador si aún no está inscrito. Esto se denomina oportunidad de «inscripción especial», y debe solicitar la cobertura en un plazo de 60 días desde la determinación de su elegibilidad para recibir asistencia para el pago de primas. Si tiene alguna pregunta sobre cómo realizar la inscripción 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 ayuda para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de julio de 2026. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad –

ALABAMA – Medicaid

Sitio web: **http://myalhipp.com/**
Teléfono: 1-855-692-5447

ALASKA – Medicaid

El Programa de Pago de Primas del Seguro Médico de AK
Sitio web: **http://myakhipp.com/**
Teléfono: 1-866-251-4861
Correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com elegibilidad para Medicaid: **https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx**

ARKANSAS – Medicaid

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

CALIFORNIA – Medicaid

Programa de Pago de Primas del Seguro Médico (HIPP) Sitio web: **http://dhcs.ca.gov/hipp** o Health Insurance Premium Payment Program/Cost Avoidance | DHCS
Teléfono: 916-445-8322
Fax: 916-440-5676
Correo electrónico: **hipp@dhcs.ca.gov**

COLORADO – Health First Colorado (el programa de Medicaid de Colorado) & Child Health Plan Plus (CHP+)

Sitio web de Health First Colorado:
https://www.healthfirstcolorado.com/
Centro de Contacto para Miembros de Health First Colorado:
1-800-221-3943/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

Sitio web: **https://www.flmedicaidtplrecovery.com/**
flmedicaidtplrecovery.com/hipp/index.html
Teléfono: 1-877-357-3268

GEORGIA – Medicaid

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

ILLINOIS - Medicaid

Información sobre Asistencia para el Pago de Primas de Medicaid de Illinois Sitio web de solicitud de Medicaid: **https://abe.illinois.gov**
Número de la línea directa de HIPP: 217-524-8268
Correo electrónico de HIPP: **hfs.boc.hipp@illinois.gov**

INDIANA – Medicaid

Programa de Pago de Primas del Seguro Médico
Todos los demás Medicaid
Sitio web: **https://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)

Sitio web de Medicaid: **Iowa Medicaid | Health & Human Services**
Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366
Sitio web de Hawki: Hawki - Healthy and Well Kids in Iowa | Health & Human Services
Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563
Sitio web de HIPP: **Health Insurance Premium Payment (HIPP) | Health & Human Services (iowa.gov)**
Teléfono de HIPP: 1-888-346-9562

KANSAS – Medicaid

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

KENTUCKY – Medicaid

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

LOUISIANA – Medicaid

Sitio web de Medicaid de Luisiana:
https://www.ldh.la.gov/healthy-louisiana
Línea de Servicio al Cliente de Medicaid: 1-888-342-6207
Correo electrónico de Medicaid de Luisiana: **healthy@la.gov**
Programa de Primas del Seguro Médico de Luisiana (LaHIPP)
Sitio web:**https://www.ldh.la.gov/lahipp**
Teléfono de LaHIPP: 1-877-697-6703
Correo electrónico de LaHIPP: **La.HIPP@la.gov**
Fax de LaHIPP: 1-888-716-9787
Dirección postal de LaHIPP: 100 Crescent Centre Parkway, Suite 1000 Tucker, GA 30084

MAINE – Medicaid

Sitio web de inscripción: **https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US**
Teléfono: 1-800-442-6003
TTY: Maine relay 711
Sitio web de Primas de Seguros Médicos Privados:
https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms
Teléfono: 1-800-977-6740
TTY: Maine relay 711

MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP

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

MINNESOTA – Medicaid

Sitio web: **https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/**
Teléfono: 1-800-657-3672

MISSOURI – Medicaid

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

MONTANA – Medicaid

Sitio web: **http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP**
Teléfono: 1-800-694-3084
Correo electrónico: **HHSHIPPProgram@mt.gov**

NEBRASKA – Medicaid

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

NEVADA – Medicaid

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

NEW HAMPSHIRE – Medicaid

Sitio web: **https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program**
Teléfono: 603-271-5218
Número gratuito para el programa HIPP:
1-800-852-3345, ext. 15218
Correo electrónico: **DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov**

NEW JERSEY – Medicaid y CHIP

Sitio web de Medicaid: **http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/**
Teléfono: 1-800-356-1561
Teléfono Asistencia para el Pago de Primas de CHIP: 609-631-2392
Sitio web de CHIP: **http://www.njfamilycare.org/index.html**
Teléfono CHIP: 1-800-701-0710 (TTY: 711)

NEW YORK – Medicaid

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

NORTH CAROLINA – Medicaid

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

NORTH DAKOTA – Medicaid

Sitio web: **https://www.hhs.nd.gov/healthcare**
Teléfono: 1-844-854-4825 o (866)-614-6005

OKLAHOMA – Medicaid y CHIP

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

OREGON – Medicaid y CHIP

Sitio web: **http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx**
Teléfono: 1-800-699-9075

PENSILVANIA – Medicaid y CHIP

Sitio web: **https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html**
Teléfono: 1-800-692-7462
Sitio web de CHIP: **Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) (pa.gov)**
Teléfono de CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)

RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP

Sitio web: **http://www.eohhs.ri.gov/**
Teléfono: 1-855-697-4347, o
401-462-0311 (Línea directa RIte Share)

CAROLINA DEL SUR – Medicaid

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

DAKOTA DEL SUR - Medicaid

Sitio web: **http://dss.sd.gov**
Teléfono: 1-888-828-0059

TEXAS – Medicaid

Sitio web: **Programa de Pago de Primas de Seguro Médico (HIPP) | Salud y Servicios Humanos de Texas**
Teléfono: 1-800-440-0493

UTAH – Medicaid y CHIP

Sitio web de la Asociación de Primas para Seguros Médicos de Utah (UPP): **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/**
Sitio web del Programa de Compra de Medicaid de Utah:
https://medicaid.utah.gov/buyout-program/
Sitio web de CHIP: **https://chip.utah.gov/**

VERMONT– Medicaid

Sitio web: **Programa de Pago de Primas del Seguro Médico (HIPP) | Departamento de Acceso a la Salud de Vermont**
Teléfono: 1-800-250-8427

VIRGINIA – Medicaid y CHIP

Sitio web: **https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select**
https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs
Teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924

WASHINGTON – Medicaid

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

VIRGINIA OCCIDENTAL – Medicaid y CHIP	WISCONSIN – 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-MyWVHIPP (1-855-699-8447)	Sitio web: **https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm** Teléfono: 1-800-362-3002
WYOMING – Medicaid	
Sitio web: **https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/** Teléfono: 1-800-251-1269	

Para ver si algún otro estado ha añadido un programa de asistencia para el pago de primas desde el 31 de julio de 2026, o para obtener más información sobre los derechos especiales de inscripción, contacte a cualquiera de ellos:

Departamento de Trabajo de EE. UU.
Administración de Seguridad de los Beneficios de los 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 4 del menú, **Ext. 61565**

Número de Control de la OMB 1210-0137 (vence el 5/31/2029)

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites

De Acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Pub. L. 104-13) (PRA), ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que dicha recopilación muestre un número de control válido de la Oficina de Gestión y Presupuesto (OMB). El Departamento señala que un organismo federal no puede llevar a cabo o patrocinar una recopilación de información a menos que esté aprobada por la OMB en virtud de la PRA, y muestre un número de control de la OMB actualmente válido, y el público no está obligado a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control de la OMB actualmente válido. Véase 44 U.S.C. 3507. Asimismo, sin perjuicio de otras disposiciones legales, no se impondrá ninguna sanción por incumplimiento de una recopilación de información si esta no muestra un número de control de la OMB válido en la actualidad. Véase 44 U.S.C. 3512.

Se estima que la carga de trabajo para el público que debe informar sobre esta recopilación de información es de aproximadamente siete minutos por persona. Se anima a las partes interesadas a enviar comentarios sobre la estimación de la carga o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, al Departamento de Trabajo de EE. UU., Administración de Seguridad de los beneficios de los Empleados, Oficina de Políticas e Investigación, Atención: Oficial de Autorización PRA, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210 o envíe un correo electrónico a **ebsa.opr@dol.gov** y haga referencia al número de control OMB 1210-0137.

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: BCBS PPO Premium, Core Flex, Saver Flex y PPO Essential. 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.

Las obligaciones 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 sobre las obligaciones legales y las prácticas de privacidad del Plan con respecto a su información médica. 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 normas de privacidad generalmente permiten el uso y la divulgación de su información médica sin su permiso (lo que se conoce como autorización) con 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, así como las consultas y derivaciones entre proveedores. Por ejemplo, el Plan puede compartir su información médica 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 médica o idoneidad, la participación en actividades de gestión de la utilización, la gestión de reclamaciones y la facturación; así como la realización de funciones "entre bastidores" del plan, como el ajuste de riesgos, el cobro o el reaseguro. Por ejemplo, el Plan puede compartir información sobre su cobertura o los gastos en los que ha incurrido con otro plan médico 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 externos; la participación en actividades de acreditación, capacitación y certificación; 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 utilizar 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, se restringirá al mínimo necesario para cumplir los fines previstos, tal y como se define en la normativa de la 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 médica puede divulgarse sin autorización a un familiar, amigo cercano u otra persona que usted identifique y que esté involucrada en su atención o en el pago de su atención. La información sobre su ubicación, estado general o fallecimiento puede proporcionarse a una persona similar (o a una entidad pública o privada autorizada para ayudar en los esfuerzos de socorro en casos de desastre). Por lo general, se le dará la oportunidad de aceptar u oponerse a estas divulgaciones (aunque pueden hacerse excepciones, por ejemplo, si usted no está presente o si se encuentra incapacitado). Además, su información médica puede divulgarse 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 lo descrito en este aviso, otros usos y divulgaciones se realizarán solo con su autorización por escrito. Por ejemplo, en la mayoría de los casos, el Plan obtendrá su autorización antes de comunicarse con usted acerca de productos o programas si el Plan recibe un pago por realizar dichas comunicaciones. Si conservamos notas de psicoterapia en nuestros registros, en algunos casos obtendremos su autorización antes de divulgar dichos registros. El Plan nunca venderá su información médica a menos que usted nos haya autorizado a hacerlo. Usted puede revocar su autorización según lo permitido por las normas de la HIPAA. Sin embargo, no puede revocar su autorización con respecto a las divulgaciones que el Plan ya haya realizado. Se le notificará cualquier acceso, uso o divulgación no autorizados de su información de salud no protegida, tal y como exige la ley.

El Plan le notificará si tiene conocimiento de que se ha producido una pérdida de su información médica de forma que pudiera comprometer la privacidad de la misma.

Sus derechos individuales

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información médica que el Plan mantiene. Estos derechos están sujetos a ciertas limitaciones, como se explica 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 médica 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 dichas personas sobre su ubicación, estado general o fallecimiento, o para coordinar dichas gestiones con entidades que colaboren en las labores de socorro en caso 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 la acepta, la restricción podrá levantarse posteriormente mediante su solicitud por escrito, por acuerdo entre usted y el Plan (incluido un acuerdo verbal) o de forma unilateral por parte del Plan con respecto a la información de salud generada o recibida después de que se le haya notificado que el Plan ha eliminado las restricciones. El Plan también puede divulgar información médica 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 médica

Con ciertas excepciones, usted tiene derecho a inspeccionar u obtener una copia de su información médica en un "conjunto de registros designado". Esto puede incluir registros médicos y de facturación mantenidos para un proveedor de atención médica; sistemas de registro de inscripción, pago, adjudicación de reclamaciones y gestión de casos o gestión 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 consultar ni a obtener copias de las notas de psicoterapia ni de la información recopilada para procedimientos civiles, penales o administrativos. El Plan puede denegarle el derecho de acceso, aunque, en determinadas circunstancias, puede solicitar una revisión de dicha 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 plazo para revisar su solicitud se ampliará por un máximo de 30 días más, junto con los motivos de la demora y la fecha en la 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, evidente y específica. El Plan puede proporcionarle un resumen o una explicación de la información en lugar de permitirle el acceso a su información de salud o facilitarle copias de la misma, si usted da su consentimiento por adelantado y abona las tarifas aplicables. El Plan también podrá cobrar tarifas razonables por las copias o los gastos de envío. Si el Plan no conserva la información de salud pero sabe dónde se mantiene, se le informará a dónde dirigir su solicitud.

Si el Plan conserva sus registros en formato electrónico, puede solicitar una copia electrónica de su información de salud en un formato que el Plan pueda facilitar fácilmente. También puede solicitar que dicha información médica electrónica se envíe a otra entidad o persona, siempre que dicha solicitud sea clara, evidente y específica. Cualquier cargo que se le aplique 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 modifique su información médica en un conjunto de registros designado. El Plan puede denegar su solicitud por diversos motivos. Por ejemplo, su solicitud puede ser denegada si la información médica es exacta y completa, no fue creada por el Plan (a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible), no forma parte del conjunto de registros designado o no está disponible para su inspección (por ejemplo, notas de psicoterapia o información recopilada 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 modificación solicitada. En un plazo de 60 días a partir de la recepción de su solicitud, el Plan tomará una de estas medidas:

- Realizar la modificación solicitada
- Proporcionarle una denegación por escrito en la que se explique por qué se ha denegado su solicitud y los derechos que pueda tener para mostrar su desacuerdo o presentar una reclamación
- 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. A esto se le suele denominar un "informe de divulgaciones". Por lo general, puede recibir este informe si la divulgación es exigida 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 médica correspondientes a un período de hasta seis años antes de la fecha de su solicitud. No tiene derecho a recibir un informe de las divulgaciones realizadas en ninguna de estas circunstancias:

- Para tratamiento, pago u operaciones de atención médica
- A usted sobre su propia información de salud en las siguientes circunstancias:
- Incidental a otras divulgaciones permitidas o requeridas
- Donde se proporcionó autorización
- A miembros de la familia o amigos involucrados en 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. En un plazo de 60 días a partir de la solicitud, el Plan le facilitará la lista de divulgaciones o una declaración por escrito en la que se indique que el plazo para facilitar dicha lista se ampliará por un máximo de 30 días más, junto con los motivos del retraso y la fecha en la que el Plan prevé dar respuesta a su solicitud. Puede presentar una solicitud en cualquier período de 12 meses sin costo alguno para usted, pero el Plan podrá cobrar una tarifa por las 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 hayan aceptado recibir este aviso por vía electrónica pueden solicitar una copia física en cualquier momento.

Cambios en la información de este aviso

El Plan debe cumplir con los términos del aviso de privacidad vigente en la actualidad. Este aviso entra en vigencia el 1 de enero de 2027. Sin embargo, el Plan se reserva el derecho de cambiar los términos de sus políticas de privacidad, tal y como se describe en esta notificación, en cualquier momento y de hacer efectivas las nuevas disposiciones para toda la información de salud que el Plan mantiene. Esto incluye la información de salud creada o recibida con anterioridad, y no solo la información de salud creada o recibida tras los cambios en las políticas. Si se realizan cambios en las políticas de privacidad del Plan descritas en este aviso, se le proporcionará un aviso de privacidad revisado.

Quejas: Si considera 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 sobre la Ley No Sorpresas

Sus derechos y protecciones contra facturas médicas sorpresa

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

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

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

"Fuera de la red" describe a los proveedores e instalaciones que no han firmado un contrato con su plan de salud. Es posible que a los proveedores fuera de la red se les permita facturarle la diferencia entre lo que su plan acordó pagar y la cantidad total cobrada por un servicio. Esto se llama "facturación de saldo". Es probable que este Cantidad sea mayor que los costos dentro de la red por el mismo servicio y es posible que no cuente para su límite anual de gastos de bolsillo.

La "facturación sorpresa" es una factura de saldo inesperada. Esto puede ocurrir cuando usted no puede controlar quién participa en su atención, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una visita en un centro dentro de la red pero es atendido 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 Cantidad 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 recibir facturación de saldo por estos servicios posteriores a la estabilización.

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

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 la cantidad 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 recibir facturación de 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 usted obtenga aprobación para los servicios por adelantado (autorización previa).
  - Cubrir los servicios de emergencia de proveedores fuera de la red.
  - Basar lo que usted debe al proveedor o centro (costo compartido) en lo que pagaría a un proveedor o centro dentro de la red y mostrar ese Cantidad en su explicación de beneficios.
  - Contar cualquier Cantidad que usted 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 la cantidad de su factura médica.
- Es posible que esta póliza tenga un límite de pago anual.
- Esta póliza no sustituye a un seguro de salud integral.
- Como esta póliza no es un seguro de salud, no tiene que incluir la mayoría de las protecciones federales al consumidor que se aplican a los seguros de salud.

¿Busca un seguro de salud integral?

- Visite 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?

- Si tiene preguntas o quejas sobre esta póliza, contacte al Departamento de Seguros de su estado. 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

betterTogether

FOR TOTAL WELLBEING

PYRAMID
GLOBAL HOSPITALITY

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.