RICH'S

Su guía de beneficios de 2027

Beneficios pensados para usted

Descubra sus opciones, encuentre los planes adecuados para su vida y aproveche al máximo los beneficios que más necesita.



myRewards | Receta **para la vida.**

Beneficios • Bienestar • Reconocimiento • Compensación • Jubilación



¿Por dónde comenzamos?

Para facilitar las cosas, esta guía se divide en tres secciones:

Inscripción en los beneficios

	Página
Cómo funciona la inscripción	4

Explicación de sus beneficios

Mi salud	Página
Planes médicos	7
Sus tres opciones para el año por delante	8
Aproveche al máximo su plan médico	9
Comparación de planes médicos	10
Administre sus medicamentos recetados en cualquier momento y lugar	12
Mantenga una sonrisa saludable	14
Vea con claridad por menos	15
Más maneras de obtener atención	16
Mi bienestar	**Página**
Un programa de bienestar realmente gratificante	19
Bienestar mental	20
Protección adicional que se adapta a su vida	21
Mi dinero	**Página**
Cuentas de gastos	23

Todo lo demás

	Página
Información de contacto para recibir ayuda con los beneficios	26
Información legal	28

Cómo funciona la inscripción

Inscríbase a través de Alight

Inscríbase en línea en
benefits.rich.com

Llame al 1-800-455-2587, opción 1
Si no quiere o no puede inscribirse en línea, llame a Alight. Sus representantes le explicarán los pasos necesarios y responderán cualquier pregunta que pueda tener.

Programe una llamada
Use el número de teléfono indicado arriba o el portal en línea para reservar el horario que más le convenga. Un representante de Alight le devolverá la llamada y lo ayudará a inscribirse.

Ayuda en su idioma
Alight puede ponerlo en contacto con servicios de traducción por teléfono.

¿Es un empleado nuevo? Comience con su inscripción

Tiene 45 días a partir de la fecha de su contratación para inscribirse en los beneficios. Recibirá una carta de Alight con las instrucciones para inscribirse, la fecha de inicio de su cobertura y la fecha límite para inscribirse. Sus elecciones seguirán vigentes a menos que se presente un evento de vida que califica, así que elija con cuidado y agregue a sus beneficiarios. Si lo contratan entre octubre y diciembre, puede inscribirse dos veces: una como empleado nuevo y otra durante el período de inscripción abierta.

Comprenda su elegibilidad

Dado que Rich's cuenta con sucursales en todo el país, los beneficios varían según el lugar donde usted trabaje, su puesto, su horario y otros requisitos de elegibilidad.

Los **empleados básicos** son elegibles para los beneficios si tienen programado trabajar 16 horas por semana como mínimo de forma regular.

Los **empleados individualizados** están cubiertos por un acuerdo de negociación colectiva o no clasifican como empleados básicos. En la mayoría de los casos, si tiene programado trabajar 30 horas o más por semana, será elegible para los beneficios, aunque esto puede variar según la ubicación. Los empleados individualizados deben consultar su acuerdo de negociación colectiva para conocer los detalles de los beneficios y la elegibilidad.



Agregue dependientes a su cobertura

Puede inscribir a los siguientes dependientes en su cobertura:

- Su cónyuge, a menos que estén separados legalmente.
- Sus hijos menores de 26 años, sin importar si son estudiantes, su estado civil o su situación laboral.
- Su pareja de hecho que vive con usted y comparte su hogar, incluso si no están legalmente casados.
- Los hijos de su pareja de hecho.
- Sus hijos solteros mayores de 26 años que no pueden mantenerse por su cuenta debido a una discapacidad física o mental.

Haga cambios en la inscripción

El único momento en el que puede hacer cambios fuera de la inscripción abierta es si tiene un **cambio de condición que califica**, lo que también se conoce como "Evento de vida que califica". Se trata de cambios significativos en su situación personal o familiar. Si atraviesa alguno de estos cambios, asegúrese de actualizar sus beneficios dentro de los 30 días siguientes al evento.

Ejemplos de eventos de vida que califican:

- Matrimonio o divorcio
- Nacimiento o adopción de un hijo
- Cambio laboral, suyo o de su cónyuge, que afecta la elegibilidad para los beneficios
- Un dependiente cumple 26 años



Las reglas podrían ser diferentes para parejas de hecho y sus hijos
Si tiene preguntas, llame a Alight al 1-800-455-2587, opción 1.

Explicación de sus beneficios

Mi salud

Planes médicos

Elegir el plan correcto depende de cómo usted y su familia usan la atención médica. Algunos planes requieren una mayor deducción de su salario, pero usted paga menos cuando necesita atención. Otros requieren menores deducciones de su salario, pero usted pagará más al usarlos.



Términos sobre los beneficios y su significado

Deducible
El monto que usted paga por los gastos médicos cubiertos antes de que su plan de salud comience a compartir el costo.

Copago
El monto fijo que usted paga por los gastos médicos cubiertos. Su plan de salud pagará el resto.

Coseguro
El porcentaje del costo que usted paga por los gastos médicos cubiertos una vez que haya alcanzado su deducible.

Límite máximo de gastos de bolsillo
El monto máximo que usted pagará por los gastos médicos cubiertos durante un año del plan. Una vez que lo alcance, su plan de salud pagará el resto.



¿Qué plan es el más adecuado para usted?

Complete PPO

Mayor costo deducido del salario, pero deducibles más bajos
Pagará más de cada salario a cambio de tener costos de bolsillo predecibles más bajos cuando necesite atención médica.

Copagos predecibles
Montos predecibles al consultar a un médico, obtener medicamentos recetados y otros servicios.

Más estabilidad
Le ayuda a establecer un presupuesto, porque conocerá la mayoría de los costos de antemano.

¿La mejor opción?
Si usted o su familia reciben atención médica con regularidad y prefieren que los costos sean más predecibles al recibirla.

Essentials PPO

Menor costo deducido del salario, pero deducibles más altos
Pagará menos de cada salario, pero más por adelantado si necesita atención médica.

Copagos fijos
Montos fijos para consultar a un médico y obtener medicamentos recetados.

¿La mejor opción?
Si quiere que le descuenten menos de su salario y no cree que vaya a usar los servicios de atención médica con frecuencia, pero de todos modos quiere tener cobertura para gastos médicos inesperados.

¿Es usted empleado de Rich's y vive en California?
Kaiser Permanente sigue siendo una opción para usted.

Balanced CDHP

Menor costo deducido del salario con una HSA
Este plan combina deducciones más bajas del sueldo con una cuenta de ahorros para la salud (HSA), lo que le brinda una forma de ahorrar para los gastos de salud actuales y futuros.

Más responsabilidad desde el principio
Por lo general, usted pagará el costo total de la atención médica y los medicamentos recetados hasta alcanzar el deducible; a partir de ahí, el plan comenzará a compartir los costos.

Ahorro para el futuro
El dinero que aporta a su HSA permanece a su disposición y puede utilizarlo para gastos de atención médica elegibles, ya sea hoy o dentro de varios años.

Triple ventaja fiscal
Los aportes a la HSA son libres de impuestos, al igual que el crecimiento de los fondos y las extracciones de dinero para gastos de atención médica elegibles.

Protección adicional
Incluye un beneficio para enfermedades graves de MetLife de $5,000 para empleados cubiertos y de $2,500 para cada cónyuge o dependiente cubierto, a cargo del empleador.

¿La mejor opción?
Si no le importa pagar más de su bolsillo cuando necesite atención médica y desea tener la oportunidad de ahorrar dinero con beneficios fiscales para gastos médicos futuros.



Aproveche al máximo su plan médico

Si elige médicos, hospitales y proveedores clínicos "dentro de la red" aprovechará al máximo su plan médico.

Términos sobre los beneficios y su significado

Fuera de la red
Son los proveedores que no se han asociado con Highmark BCBS. Por lo general, sus costos son mayores.

Obtenga ayuda para encontrar atención dentro de la red

Collective Health puede ayudarle a encontrar proveedores de la red de Highmark BCBS. Use la aplicación de la empresa, visite el sitio web o llame al 1-855-242-5559.

1. Visite my.collectivehealth.com e inicie sesión para registrarse

2. Seleccione la pestaña **"Get Care"** (Obtener atención) que se encuentra en la parte superior de la página, donde podrá acceder a la información más actualizada sobre redes y proveedores, o llame al 1-855-242-5559 para hablar con el equipo de atención para miembros.



Comparación de planes médicos

Planes médicos de Highmark BCBS de 2027

Detalles de los beneficios	Complete PPO	Essentials PPO	Balanced CDHP*
Estilo de plan	PPO	PPO	CDHP con HSA
Cuentas de gastos	FSA	FSA	HSA (financiada por el empleado)
Deducible dentro de la red (individual/familiar)	$1,000/$2,000	$2,500/$5,000	$4,000/$8,000
Atención preventiva	Sin costo	Sin costo	Sin costo
Coseguro (dentro de la red)	20 % después del deducible	20 % después del deducible	20 % después del deducible
Límite máximo anual de gastos de bolsillo (individual/familiar)	$2,000/$4,000	$5,000/$10,000	$8,000/$12,000
Visita al consultorio (médico de atención primaria/especialista)	Copago de $25/$50	Copago de $25/$50	20 % después del deducible
Atención urgente	Copago de $50	Copago de $100	20 % después del deducible
Sala de emergencias	Copago de $200	Copago de $150, luego 20 %	20 % después del deducible
Atención hospitalaria	20 % después del deducible	20 % después del deducible	20 % después del deducible

*Los empleados que se inscriban en este plan recibirán una póliza para enfermedades graves de MetLife cubierta por el empleador.

Visite Alight (benefits.rich.com) y use la herramienta de asistencia para tomar decisiones "Personalize your Estimate" (Personalice su presupuesto) para orientar sus elecciones durante la inscripción.

¿QUIERE OBTENER MÁS INFORMACIÓN?

Visite MyRichsBenefits.com para obtener información sobre planes, costos y más.

Planes médicos de Kaiser para 2027*

KAISER PERMANENTE®

Detalles de los beneficios	Complete HMO	Essentials HMO	Balanced CDHP**
Estilo de plan	HMO	HMO	CDHP HMO con HSA
Cuentas de gastos	FSA	FSA	HSA (financiada por el empleado)
Deducible (individual/familiar)	$1,000/$2,000	$2,000/$5,000	$4,000/$8,000
Máximo anual de gastos de bolsillo (individual/familiar)	$2,000/$4,000	$5,000/$10,000	$8,000/$12,000
Atención preventiva	Sin costo	Sin costo	Sin costo
Coseguro (dentro de la red)	20 % después del deducible	20 % después del deducible	20 % después del deducible
Atención urgente	$25	$25	20 % después del deducible
Atención hospitalaria	20 % después del deducible	20 % después del deducible	20 % después del deducible
Sala de emergencias	Copago de $200 después del deducible	20 % después del deducible	20 % después del deducible

Beneficios de farmacia de Kaiser

Hasta 30 días en farmacia minorista y 100 días mediante pedido con envío por correo (Complete y Essentials); hasta 100 días en farmacia minorista o mediante pedido con envío por correo (Balanced CDHP). Medicamentos especializados: solo suministro de 30 días en farmacia minorista, en todos los planes.

Resumen del plan	Complete	Essentials	Balanced
Genéricos	Copago de $15 en farmacias; copago de $30 para el pedido con envío por correo	Copago de $15 en farmacias; copago de $30 para el pedido con envío por correo	20 % de coseguro hasta un máximo de $50 después del deducible del plan
De marca preferida	Copago de $60 en farmacias; copago de $120 para el pedido con envío por correo	Copago de $35 en farmacias; copago de $70 para el pedido con envío por correo	20 % de coseguro hasta un máximo de $100 después del deducible del plan
De marca no preferida	Copago de $60 en farmacias; copago de $120 para el pedido con envío por correo	Copago de $35 en farmacias; copago de $70 para el pedido con envío por correo	20 % de coseguro hasta un máximo de $100 después del deducible del plan
Especializados	20 % hasta $200; el pedido con envío por correo no está disponible	20 % de coseguro hasta un máximo de $250/ el pedido con envío por correo no está disponible	20 % de coseguro hasta un máximo de $250 después del deducible

*La cobertura de Kaiser solo se ofrece a los empleados que viven en California.
**Los empleados que se inscriban en este plan recibirán una póliza para enfermedades graves de MetLife cubierta por el empleador.

Administre sus medicamentos recetados en cualquier momento y lugar

Si está inscrito en un plan médico de Highmark BCBS, Express Scripts by Evernorth administra sus beneficios de medicamentos recetados, lo que le permite ahorrar gracias a una red nacional de farmacias y a un cómodo servicio de entrega a domicilio.

Visite Express Scripts (www.express-scripts.com/richs) para consultar las listas de medicamentos recetados, los costos y los medicamentos alternativos.



A continuación se presenta un desglose de cómo funcionan los beneficios de farmacia con los planes de Highmark BCBS:

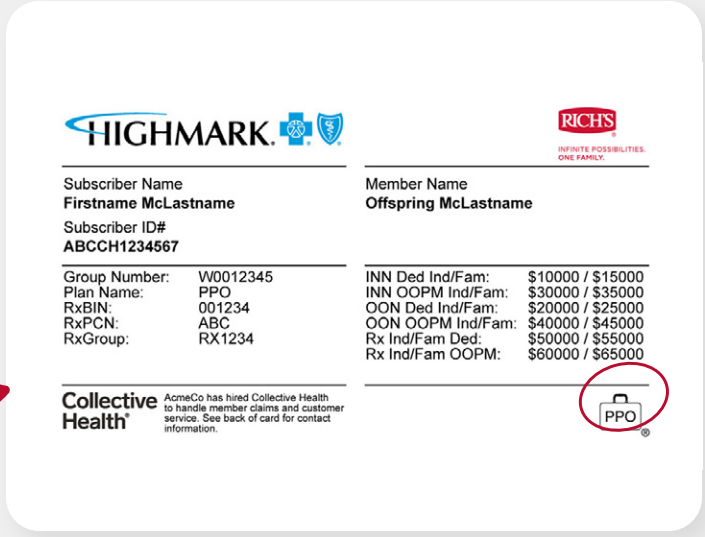
Qué cubren los planes:

Detalles de los beneficios	Complete PPO	Essentials PPO	Balanced CDHP
Límite máximo de gastos de bolsillo en medicamentos recetados	Se combina con los beneficios médicos	Se combina con los beneficios médicos	Se combina con los beneficios médicos
Suministro para 31 días en la farmacia			
Genéricos	$12	$12	20 % después del deducible
De marca preferida	20 % hasta $60	20 % hasta $60	20 % después del deducible
De marca no preferida	20 % hasta $120	20 % hasta $120	20 % después del deducible
Especializados	20 % hasta $200	20 % hasta $200	20 % después del deducible
Envío por correo | Suministro para 90 días			
Genéricos	$35	$35	20 % después del deducible
De marca preferida	20 % hasta $180	20 % hasta $180	20 % después del deducible
De marca no preferida	20 % hasta $360	20 % hasta $360	20 % después del deducible
Especializados	Los medicamentos especializados no están cubiertos a través del envío por correo		

Cómo surtir sus medicamentos recetados:

¿Tiene alguna pregunta?
Comuníquese con my.collectivehealth.com para verificar el monto de su copago o coseguro. También pueden ayudarle a encontrar una farmacia dentro de la red.

Muestre su tarjeta de identificación de Collective Health en la farmacia.
Tiene la información de facturación necesaria para procesar su receta.



Mantenga una sonrisa saludable

MetLife

Los planes dentales de Rich's, que se ofrecen a través de MetLife, los ayudan a usted y su familia a mantener una sonrisa saludable.

Puede elegir entre dos opciones de planes (uno de ellos incluye cobertura para ortodoncia) y disfrutar de una cobertura del 100 % para la atención preventiva cuando visite a un dentista dentro de la red.

Qué cubren los planes:

Detalles de los beneficios	Básicos	Mejorados
Deducible anual		
Individual	$100	$50
Familiar	$300	$150
Máximo anual	$1,000	$2,500
Servicios preventivos (con exención del deducible)	100 %	100 %
Servicios básicos	80 %	80 %
Servicios complejos	60 %	80 %
Endodoncia	80 %	80 %
Periodoncia	80 %	80 %
Cobertura de implantes	60 %	80 %
Exclusión por piezas dentales faltantes	Sí	Sí
Períodos de espera específicos para cada beneficio	Ninguno	Ninguno
Servicios de ortodoncia	Sin cobertura	50 %
Miembros elegibles	N/C	Adultos y niños
Máximo de por vida	N/C	$2,000

Vea con claridad por menos

MetLife

Rich's ofrece cobertura oftalmológica a través de MetLife para ayudarle a mantener los ojos sanos y una visión nítida.

Puede elegir entre dos opciones de planes y disfrutar de una cobertura del 100 % para la atención preventiva cuando visite a un proveedor dentro de la red.

¿Lo sabía?
Superior Vision forma parte de la familia MetLife, lo que le brinda acceso a una red más amplia de proveedores de servicios oftalmológicos.

Qué cubren los planes:

Detalles de los beneficios	Básicos	Mejorados
Frecuencia (exámenes/lentes/marcos/ lentes de contacto)	**12 meses**	**12 meses**
Examen	Copago de $20	Copago de $10
Copago para materiales	Copago de $20	Copago de $10
Tipo de lentes		
Monofocales	100 %	100 %
Bifocales	100 %	100 %
Trifocales	100 %	100 %
Lenticulares	100 %	100 %
Médicamente necesarios	100 %	100 %
Marcos (armazones)		
Descuento de farmacia	Descuento de $130	Descuento de $200
Lentes de contacto		
Optativos	Descuento de $130	Descuento de $200
Ajuste y evaluación	Copago de $20	Copago de $20
Cirugía oftalmológica láser LASIK	Hay ahorros del 20 % al 35 % del precio nacional promedio en la cirugía LASIK tradicional en más de 1,000 centros de la red nacional de proveedores de corrección láser de la visión.	Hay ahorros del 20 % al 35 % del precio nacional promedio en la cirugía LASIK tradicional en más de 1,000 centros de la red nacional de proveedores de corrección láser de la visión.

Más maneras de obtener atención

Collective Health

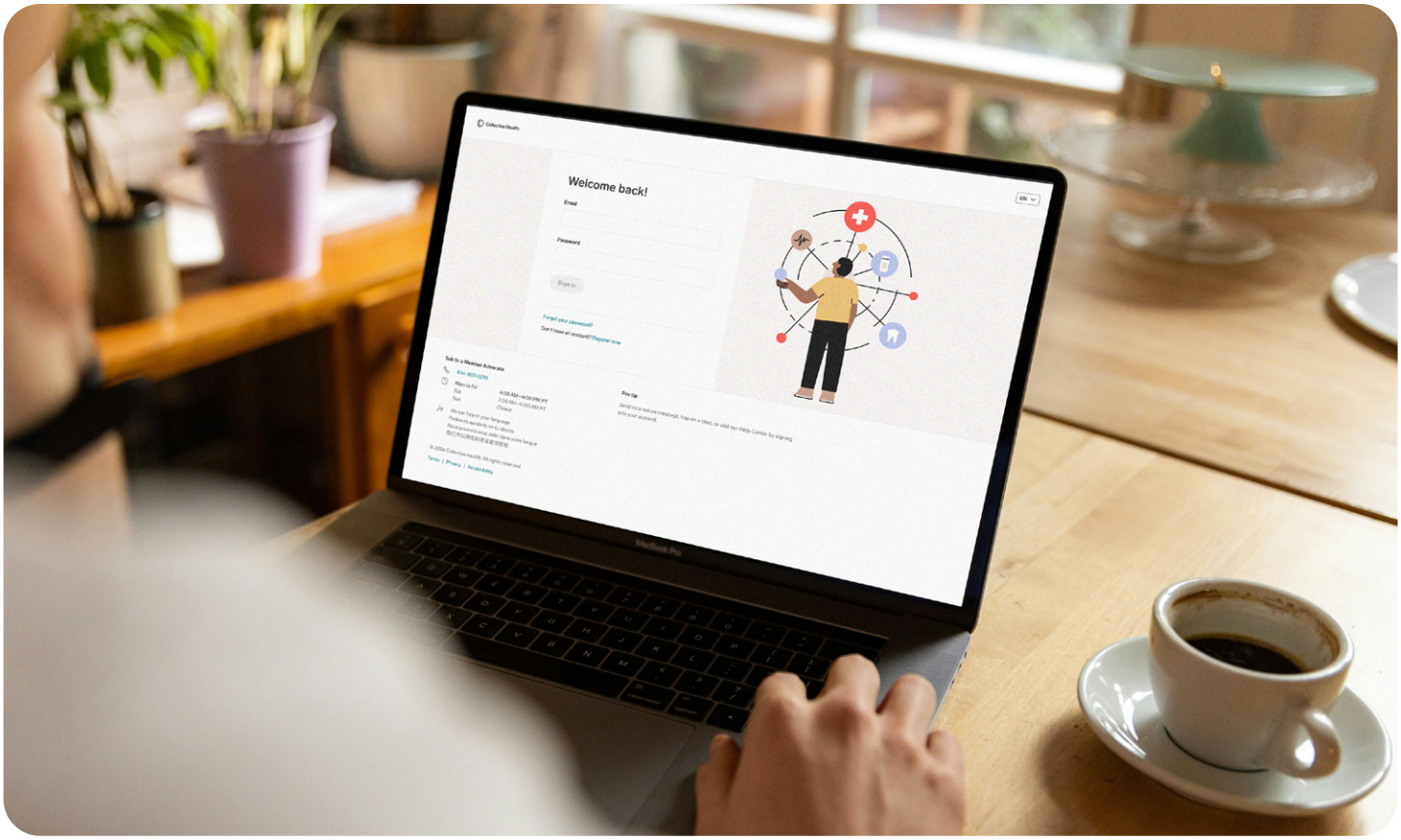
Su recurso para la atención médica y la cobertura

Comience con Collective Health. Es su primer paso para entender y administrar sus beneficios de salud personales.

- Busque proveedores dentro de la red.
- Verifique qué está cubierto.
- Obtenga estimaciones de costos antes de recibir la atención.
- Acceda a su tarjeta de identificación digital de Highmark BCBS.
- Encuentre ayuda para las reclamaciones con el equipo de atención para miembros.

CÓMO USAR NUESTRO ADMINISTRADOR:

Visite Rich's my.collectivehealth.com o llame al 1-855-242-5559.



Telemedicina

Obtenga atención médica virtual a través de Teladoc. Póngase en contacto con un proveedor de atención médica por teléfono o videollamada, sin importar dónde se encuentre.

Use Teladoc en los siguientes casos:

- Si tiene tos, dolor de garganta o problemas sinusales.
- Si tiene un virus estomacal, náuseas o diarrea.
- Si tiene sarpullidos o infecciones en la piel.
- Si tiene dolores o molestias leves, o dolor de cabeza.

CÓMO USAR EL SERVICIO:

Visite TeladocHealth.com, llame al 1-800-835-2362 o descargue la aplicación TeladocHealth para comenzar.





Salud especializada para las distintas etapas de la vida

CARROT

NEW

Carrot es el proveedor de servicios de salud especializada para las distintas etapas de la vida de Rich's, y ofrece apoyo personalizado y recursos para los momentos importantes a lo largo de la vida.

Los recorridos del ciclo de vida de Carrot pueden ayudarle a orientarse en materia de:

- Fertilidad y formación de una familia
- Embarazo y paternidad
- Adopción
- Crianza de los hijos y cuidado familiar
- Menopausia y salud en la mediana edad
- Salud masculina

CÓMO USAR EL SERVICIO:

Visite Carrot.com o descargue la aplicación Carrot para explorar los recursos disponibles, encontrar apoyo y comenzar un recorrido que sea adecuado para usted.



Explicación de sus beneficios

Mi bienestar

Un programa de bienestar realmente gratificante

El programa de bienestar Personify Health ofrece asesoramiento personalizado, herramientas fáciles de usar y actividades motivadoras que promueven su salud física, mental y financiera.

Mejor aún, cuando descarga la aplicación y participa en el programa, puede ganar recompensas de bienestar todos los años.

- Puede ganar créditos para el pago de primas por hasta $600 para su plan médico del año que viene y $300 para el de su cónyuge cubierto completando 3 de 7 acciones.
- Todos los empleados son elegibles para participar y ganar $75 de recompensas en efectivo cada trimestre completando actividades saludable

Cómo registrarse

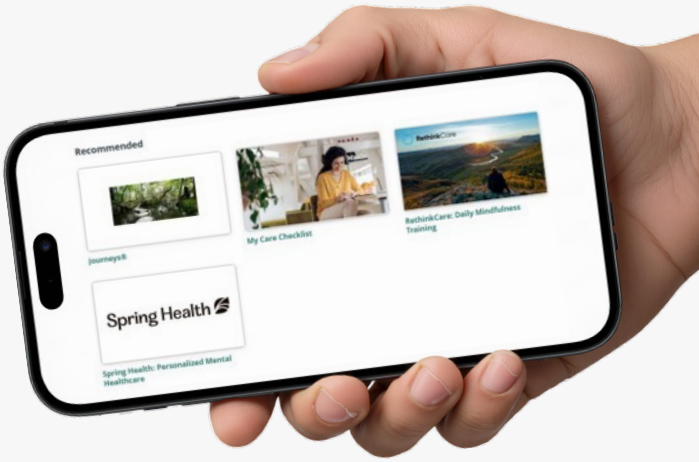
1 Descargue la aplicación Personify Health en su dispositivo móvil.

Download on the App Store

GET IT ON Google Play



2 Explore los programas recomendados.



3 Comience a ganar completando acciones como la evaluación de Spring Health, los programas de bienestar de Personify Health y los programas de bienestar mental de ReThink Care para ganar recompensas en efectivo y créditos para el pago de primas.





Bienestar mental

Spring Health

Programa de Asistencia Confidencial (CAP)

Con Spring Health, usted y sus familiares que cumplan con los requisitos tienen acceso a apoyo confidencial y personalizado en materia de salud mental. Cada persona elegible recibe hasta seis sesiones gratuitas al año, que pueden utilizarse para terapia, asesoramiento o una combinación de ambos.

Qué incluye:

Terapia (a partir de los 5 años)
Las citas están disponibles en un plazo de 24 a 48 horas. Elija entre proveedores que se ajusten a sus preferencias, como el género o el origen étnico, con atención disponible en más de 50 idiomas.

Asesoramiento (a partir de los 13 años)
Trabaje de manera individual con un asesor para desarrollar hábitos saludables, manejar el estrés y fortalecer las habilidades cotidianas.
Cada persona elegible recibe hasta seis sesiones gratuitas al año, que pueden utilizarse para terapia, asesoramiento o una combinación de ambos.

Asistencia para la atención
Asistentes exclusivos que guiarán su atención y lo conectarán con los proveedores adecuados.

Ejercicios de bienestar
Herramientas autoguiadas para el estrés, el sueño, el agotamiento laboral y la atención plena.

Servicios para lograr el equilibrio entre el trabajo y la vida personal
Asistencia para sus necesidades legales, financieras, de cuidado infantil/de personas mayores/de mascotas, de viajes y del hogar.

Integración sencilla
Spring Health se conecta directamente con el Programa de Bienestar de Rich's a través de Personify Health para crear un lugar único y práctico en el cual recibir apoyo personalizado para el bienestar y la salud mental. Consulte la página anterior para obtener más detalles sobre cómo comenzar.

CÓMO COMENZAR:

Asistencia para casos de crisis: llame al 1-855-629-0554 y seleccione la **opción 2** (disponible las 24 horas, los 7 días de la semana).

Visite: benefits.springhealth.com/customer/richs y seleccione **"Activate your free benefit"** (Active su beneficio gratuito).

Descargue la aplicación Spring Health: código para los servicios para lograr el equilibrio entre el trabajo y la vida personal: **RICHSCAP.**

Asistencia general: llame al 1-855-629-0554 y seleccione una opción en el menú. Disponible de lunes a viernes, de 8 a. m. a 11 p. m., hora del este.



Protección adicional que se adapta a su vida

MetLife

Obtenga protección y apoyo adicionales para situaciones inesperadas, momentos importantes de la vida y necesidades cotidianas. Revise sus opciones a continuación para saber qué está cubierto.

Beneficio	Detalles clave	Opciones de cobertura
Seguro de vida	Protección financiera para sus beneficiarios	Cobertura básica pagada por la empresa, además de cobertura complementaria opcional y cobertura para dependientes
Muerte accidental y desmembramiento (AD&D)	Protección ante lesiones accidentales o fallecimiento cubiertos	Cobertura básica pagada por la empresa más opciones complementarias
Enfermedades graves	Beneficio en efectivo por enfermedad grave cubierta	Opciones de cobertura de $15,000 o $30,000, disponibles solo para el empleado o para el empleado y su familia
Indemnización hospitalaria	Beneficio en efectivo por estadías en el hospital cubiertas	Opciones Alta y Baja; cobertura disponible solo para el empleado o para el empleado y su familia
Accidente	Beneficio en efectivo por lesiones cubiertas	Opciones Alta y Baja; cobertura disponible solo para el empleado o para el empleado y su familia
Planes legales	Acceso a abogados por asuntos legales cotidianos	Cobertura para usted y sus familiares que cumplan con los requisitos
Suplantación de identidad	Monitoreo, alertas y apoyo para la recuperación	Opciones de protección individual y familiar
Seguro para mascotas	Reembolso de gastos veterinarios elegibles	Cobertura por accidentes, enfermedades y opcional de bienestar

¿QUIERE OBTENER MÁS INFORMACIÓN?

Visite MyRichsBenefits.com/resources y filtre por “MetLife” o el nombre de un beneficio específico para ver los detalles del plan, las preguntas frecuentes y los videos.

Para obtener más información sobre los niveles de cobertura, los costos y los detalles de la inscripción, visite el portal de Alight en Benefits.Rich.com.

Explicación de sus beneficios

Mi dinero

Cuentas de gastos



Las cuentas de gastos le ayudan a ahorrar en gastos médicos elegibles utilizando dinero antes de la deducción de impuestos. Cada cuenta tiene diferentes reglas de elegibilidad, límites de aportes y requisitos del plan.

Las cuentas de gastos que ofrecemos y los planes médicos con los que se combinan:

Cuenta de gastos	Descripción	Planes con los que se combina
Cuenta de ahorros para la salud (HSA)	Ahorre dinero antes de la deducción de impuestos para gastos de atención médica elegibles actuales o futuros. Los fondos siguen siendo suyos año tras año.	Balanced CDHP
Cuenta de gastos flexibles (FSA)	Reserve dinero antes de la deducción de impuestos para gastos de atención médica elegibles, lo que le ayudará a reducir sus impuestos y a ahorrar en atención.	Essentials PPO, Complete PPO
Cuenta de gastos flexibles para el cuidado de dependientes (DCFSA)	Use dinero antes de la deducción de impuestos para cubrir gastos elegibles de cuidado infantil o de personas mayores que le ayuden a trabajar.	Todos los planes
Cuenta de gastos flexibles de transporte (CFSA)	Pague los gastos elegibles de estacionamiento y transporte público con dinero antes de la deducción de impuestos.	Todos los planes

Los fondos de las FSA, DCFSA y CFSA se utilizan, por lo general, durante el año del plan y pueden tener disposiciones limitadas en cuanto a la transferencia de saldos.

FSA para el cuidado de dependientes

Ofrecemos una cuenta de gastos flexibles (FSA) para el cuidado de dependientes que le ayuda a apartar dinero antes de la deducción de impuestos para pagar los gastos elegibles relacionados con el cuidado de niños o adultos mayores mientras trabaja.

- Aporte dólares de su salario antes de impuestos a su FSA para el cuidado de dependientes.
- Use la cuenta para gastos elegibles, como cuidado diurno, programas extracurriculares, campamentos de verano o servicios de cuidado de personas mayores.
- Planifique sus contribuciones minuciosamente, ya que los fondos se deben usar durante el año del plan y no se traspasan.

Para obtener información sobre los gastos elegibles y sobre cómo acceder a su cuenta, visite el portal de Alight en Benefits.Rich.com.



Reduzca el costo de viajar al trabajo

Con los beneficios de transporte, puede usar dólares antes de impuestos para pagar pases de transporte público, permisos de estacionamiento y otros costos de transporte, para ahorrar más cada mes.



Plan de ahorros 401(k) de Rich's

Planifique para su futuro con el Plan de ahorros 401(k) de Rich's. Diseñado para ayudarle a ahorrar y hacer crecer sus ahorros para la jubilación, el plan ofrece una variedad de opciones de inversión, aportes de la empresa y la oportunidad de diferir pagos antes y después de los impuestos.

Después de 30 días de trabajo, los empleados elegibles pueden aprovechar la inscripción automática, las opciones flexibles de inversión y la posibilidad de recibir aportes complementarios de la empresa. El plan 401(k) de Rich's, a través de Empower, le ofrece una herramienta poderosa para construir su seguridad financiera y alcanzar sus metas a largo plazo.

¿NECESITA AYUDA CON SU PLAN 401(K)?

Para hablar con un representante de Empower sobre su cuenta, comuníquese de lunes a viernes, de 8 a. m. a 10 p. m., hora del este, y los sábados, de 9 a. m. a 5:30 p. m., hora del este.

- Visite: empower.com/richs
- Llame 1-833-743-RICH (7424)





Información de contacto para recibir ayuda con los beneficios

¿Necesita ayuda con sus beneficios? Use el directorio que aparece a continuación para encontrar el socio de beneficios adecuado, junto con su información de contacto y los servicios que ofrece.

Necesito ayuda con:	Atención médica + recetas	Resurtido de medicamentos recetados	Farmacia especializada	Beneficios dentales	Beneficios de la visión	Telesalud
Lo que voy a encontrar:	• Proveedores dentro de la red • Segundas opiniones • Información sobre la cobertura • Estimaciones de costos antes de recibir la atención	• Resurtido de medicamentos recetados • Farmacias dentro de la red • Información sobre los costos de medicamentos • Opciones de envío por correo	• Apoyo con medicamentos especializados • Servicios de resurtido y entrega • Información sobre la cobertura • Asistencia para las autorizaciones previas	• Dentistas dentro de la red • Información sobre los servicios cubiertos • Estimaciones de costos y detalles del plan	• Proveedores de servicios oftalmológicos • Información sobre la cobertura • Exámenes, lentes, marcos y beneficios de lentes de contacto	• Atención virtual por teléfono o videollamada • Tratamiento de enfermedades comunes • Apoyo para lesiones leves y cuidados diarios
	Collective Health	EVERNORTH HEALTH SERVICES	Accredo	MetLife	MetLife	Teladoc HEALTH
Quién puede brindar apoyo:	**Comuníquese con Collective Health** Llame al: 1-855-242-5559 Visite: my.collectivehealth.com	**Comuníquese con Express Scripts** Llame al: 1-800-282-2881, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana Visite: https://www.express-scripts.com/frontend/commercial-open-enrollment/richs	**Comuníquese con Accredo** Llame al: 1-866-725-2546 Visite: https://www.accredo.com	**Comuníquese con Metlife** Llame al: 1-800-GET-MET8 (1-833-393-5433) Visite: metlife.com/mybenefits	**Comuníquese con Metlife** Llame al: 1-800-GET-MET8 (1-833-393-5433) Visite: metlife.com/mybenefits	**Comuníquese con Teladoc** Llame al: 1-800-835-2362 Visite: TeladocHealth.com

Bienestar mental	Recompensas de bienestar	Beneficios adicionales	Cuentas de gastos	Plan 401(k)	Planificación financiera	Inscripción en los beneficios
• Servicios de terapia y asesoramiento • Recursos para la salud mental • Apoyo para el bienestar emocional • Recursos para lograr el equilibrio entre el trabajo y la vida personal	• Programas de salud y bienestar • Actividades y viajes de bienestar • Oportunidades de recompensas • Información sobre el crédito para el pago de primas	Recursos y apoyo para los beneficios voluntarios que usted haya elegido, entre los que se incluyen: • Seguro de vida • Muerte accidental y desmembramiento (AD&D) • Seguro de accidentes • Beneficios por enfermedad grave • Seguro de indemnización hospitalaria • Asistencia legal • Protección frente a la suplantación de identidad • Seguro para mascotas	• Información sobre las HSA, FSA y DCFSA • Orientación sobre gastos elegibles • Recursos sobre ahorro y ventajas fiscales	• Apoyo para planes 401(k) u otros planes de jubilación • Información sobre inversiones • Herramientas para planificar la jubilación	• Educación para planificar la jubilación • Recursos para la planificación fiscal • Orientación sobre la preparación de presupuestos • Oportunidades de aprendizaje sobre inversiones	• Apoyo para la inscripción abierta • Asistencia para la inscripción de nuevos empleados • Orientación sobre los eventos de vida que califican • Apoyo para la elección de beneficios
Spring Health	personify HEALTH	MetLife	alight.	EMPOWER	MetLife	alight.
Comuníquese con Spring Health Llame al: 1-855-629-0554 CAP/Spring Health Visite: richs.springhealth.com	**Comuníquese con Personify Health** Visite: join.personifyhealth.com/RichProducts	**Comuníquese con Metlife** Llame al: 1-800-GET-MET8 (1-833-393-5433) Visite: metlife.com/mybenefits	**Comuníquese con Smart-Choice de Alight** Llame al: 1-800-455-2587 (opción 1), disponible de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m., hora del este Visite: https://smart-choice.wealthcareportal.com/Mobile/Homepage	**Comuníquese con Empower** Llame al: 1-833-743-7424 Visite: richs.empower-retirement.com/participant/#/login?accu=Richs	**Comuníquese con Metlife** Llame al: 1-800-GET-MET8 (1-833-393-5433) Visite:: metlife.com/mybenefits	**Comuníquese con Alight** Llame al: 1-800-455-2587, opción 1, disponible de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m., hora del este Visite: Benefits.Rich.com

Avisos legales e Informe anual resumido

Disponibilidad de información de salud resumida

Su plan ofrece una serie de opciones de cobertura de salud. Elegir una opción de cobertura de salud es una decisión importante. Para ayudarle a elegir de manera informada, su plan pone a su disposición un Resumen de beneficios y cobertura (SBC), en el que se resume la información importante sobre cualquier opción de cobertura de salud en un formato estándar, a fin de ayudarle a comparar las opciones.

El SBC está disponible en el sitio web en: http://benefits.rich.com.
También puede obtener una copia gratuita en papel llamando al Centro de Servicios al 1-800-455-2587, opción 1 (sin cargo), y seleccionando la opción de hablar con un representante de Alight.

Además, puede acceder a la información sobre las tarifas negociadas de los servicios y elementos cubiertos entre el plan y los proveedores dentro de la red, así como a los pagos históricos realizados a proveedores fuera de la red y los cargos facturados por estos últimos, en https://transparency-in-coverage.collectivehealth.com/index.html

Avisos sobre la HIPAA

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA) estipula que usted debe recibir los siguientes avisos.

Protección de la privacidad

AVISO DE PRIVACIDAD EN MATERIA DE SALUD DE RICH PRODUCTS CORPORATION
En este aviso se describe cómo se puede utilizar y divulgar su información médica y cómo puede acceder a ella. Revíselo detenidamente.
La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA) exige diversos requisitos a los planes de salud de los empleadores en cuanto al uso y la divulgación de la información de salud personal. Esta información, conocida como "información de salud protegida" o "PHI", incluye prácticamente toda la información de salud identificable individualmente que posee el Plan, ya sea que la haya recibido por escrito, por medio electrónico o como comunicación oral. En este aviso se describen las prácticas de privacidad de los siguientes planes: los planes de atención de la salud de Rich Products Corporation, que incluyen coberturas como atención médica, dental, de la visión, medicamentos recetados, cuenta de gastos flexibles de atención médica, cuenta de reembolsos para la salud (HRA), el Programa de Asistencia al Empleado (EAP) y programas de salud mental y abuso de sustancias (conjuntamente, el "Plan"). Estas coberturas forman parte de planes que a veces se denominan Plan de Beneficios de Bienestar de Rich Products Corporation, Programa de Beneficios Flexibles de Rich Products Corporation, programas de bienestar y Plan de Asistencia Confidencial. Los planes que se incluyen en este aviso pueden compartir información de salud entre sí para realizar tratamientos, pagos y operaciones de atención médica. Estos planes se denominan conjuntamente el "Plan" en este aviso, a menos que se especifique algo diferente. Algunos de estos planes también ofrecen beneficios como el cuidado de dependientes, servicios legales y de asesoramiento no médico, que no son beneficios de atención médica. Los planes que brindan estos beneficios son "entidades híbridas" y solo la parte del plan que otorga beneficios médicos está cubierta por la HIPAA y este aviso de privacidad. Cuando los beneficios se otorguen por medio de un seguro, el aviso de privacidad para ese plan lo dará la compañía de seguros correspondiente, y este aviso se aplicará solo en la medida en que la compañía de seguros comparta con el Plan información de salud protegida.

Este aviso **no** se aplica a la información de salud que esté en poder de Rich Products Corporation en su carácter de empleador suyo o a la información de salud que haya sido desidentificada. La información desidentificada es información que no permite identificar a una persona física (es decir, a usted) y con respecto a la cual no existe una base razonable para creer que la información pueda utilizarse para identificarle.

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 de salud. Si usted participa en una opción de plan asegurada, recibirá un aviso directamente de la Aseguradora. Es importante tener en cuenta que estas normas se aplican al Plan, no a Rich Products Corporation como empleador; así es como funcionan las reglas de la HIPAA. Pueden aplicarse políticas diferentes a otros programas de Rich Products Corporation o a datos no relacionados con el plan de salud. Debemos cumplir las obligaciones y prácticas de privacidad que se describen en este aviso mientras permanezca vigente. Le informaremos con prontitud si se produce una brecha de seguridad que pudiera comprometer la privacidad o seguridad de su información.

Formas en que el Plan puede utilizar o divulgar su información de salud
En general, excepto para los fines que se comentan a continuación, los Planes no pueden usar ni divulgar su PHI sin su autorización por escrito. Además, si usted otorga su autorización para utilizar o divulgar su PHI, tiene derecho a revocar su autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que el Plan ya se haya basado en ella. Para revocar una autorización escrita, escriba a la directora de Privacidad del Plan, Erika Marabella.

Los Planes y las personas o entidades que los Planes hayan contratado para asistirles en su administración (llamados "socios comerciales") utilizarán la PHI, incluida la información genética, para realizar "tratamientos", "pagos" y "operaciones de atención médica" (términos que se describen a continuación). Ni los Planes ni los socios comerciales requieren su consentimiento o autorización para utilizar o divulgar su PHI para realizar estas funciones. Los siguientes son algunos ejemplos de lo que puede implicar lo anterior:

- El **tratamiento** incluye prestar, coordinar o administrar la atención médica y los servicios relacionados. El tratamiento también puede incluir la coordinación o administración de la atención entre un proveedor y un tercero, así como la consulta y remisión entre proveedores. Por ejemplo, el Plan puede compartir información de salud acerca de usted con los médicos que le estén dando tratamiento.
- El **pago** incluye las actividades realizadas por este Plan, otros planes o proveedores para obtener primas, realizar determinaciones de cobertura y proporcionar reembolsos por concepto de atención médica. Esto puede incluir determinaciones de elegibilidad, revisión de servicios por necesidad médica o adecuación, actividades de administración de la utilización, gestión de reclamaciones, coordinación de beneficios, subrogación, reembolso del plan y facturación, así como funciones del plan "en segundo plano" como ajuste de riesgos, cobro o reaseguro. Por ejemplo, el Plan puede compartir información sobre su cobertura o los gastos en los que haya incurrido con otro plan de salud para coordinar el pago de los beneficios.
- Las **operaciones de atención médica** incluyen actividades de este Plan (y, en circunstancias limitadas, de otros planes o proveedores) relacionadas con actividades de evaluación y mejora de la calidad, servicio al cliente y resolución de quejas internas. Incluye actividades de bienestar como el tratamiento de enfermedades y la asesoría en materia de salud. Las operaciones de atención médica también incluyen evaluaciones de proveedores, credencialización, capacitación, actividades de acreditación, suscripción, tarificación de primas, organización de actividades de revisión médica y auditoría, creación o renovación de contratos de seguros, presentaciones de reclamaciones por cobertura de pérdidas en exceso (o de otro tipo), servicios legales, planificación y desarrollo empresarial, gestión empresarial y actividades administrativas en general. Por ejemplo, el Plan puede utilizar la información sobre sus reclamaciones para revisar la eficacia de los programas de bienestar.

Los socios comerciales prestan servicios de negocios a los Planes relacionados con las transacciones entre usted y los Planes, como administración del plan, procesamiento de reclamaciones y servicios de auditoría. Algunos ejemplos de terceros son las aseguradoras médicas, los administradores de terceros, los consultores y las compañías de reaseguros. Los Planes exigen que los socios comerciales acepten, por escrito, mantener la confidencialidad de la información de salud a la que se les da acceso y nos informen si hay una posible vulneración de su PHI no asegurada. Si un socio comercial divulga su información de salud a un subcontratista o proveedor, el socio comercial tendrá un contrato escrito para asegurar que el subcontratista o proveedor también proteja la privacidad de la información. En la mayoría de los casos, la cantidad de información de salud que se utilice o divulgue se limitará al "mínimo necesario" para lograr el objetivo previsto del uso, la divulgación o la solicitud, teniendo en cuenta las limitaciones prácticas y tecnológicas, tal y como se definen en las reglas de la HIPAA. Cuando sea factible, los Planes limitarán los usos o divulgaciones a un conjunto limitado de datos. Sin embargo, el estándar mínimo necesario no se aplicará en las siguientes situaciones:

- Divulgaciones a un proveedor de atención médica o solicitudes de este último con fines de tratamiento
- Usos o divulgaciones que se le hagan a usted
- Usos o divulgaciones que usted haya autorizado
- Divulgaciones hechas a la Secretaría
- Usos o divulgaciones que exija la ley
- Usos o divulgaciones necesarios para que el Plan cumpla con los requisitos legales.

El Plan también puede utilizar y divulgar su información para su administración y puede ponerse en contacto con usted cuando sea necesario para enviarle recordatorios de citas o información sobre alternativas de tratamiento, y otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés. El Plan no utilizará información genética para decidir si le dará cobertura ni para determinar el precio de dicha cobertura.

Además, los Planes pueden utilizar o divulgar información en un conjunto de datos limitados, siempre que los Planes suscriban un acuerdo de uso de datos con el destinatario del conjunto de datos limitados que cumpla la reglamentación federal sobre privacidad. Un conjunto limitado de datos es la PHI que excluye ciertos identificadores directos relacionados con usted y sus familiares.

Formas en que el Plan puede compartir su información de salud con Rich Products Corporation
El Plan, sus socios comerciales, o la aseguradora de salud o HMO de estos pueden divulgar su información de salud sin su autorización escrita a ciertos empleados de Rich Products Corporation para fines de administración del Plan. Rich Products Corporation podría necesitar su información de salud para administrar los beneficios del Plan. Rich Products Corporation se compromete a no utilizar ni divulgar su información de salud más que en la forma que permitan o requieran los documentos del Plan y la ley. Los miembros de Servicios Asociados, Recursos Humanos del establecimiento, Nómina y Finanzas son los únicos asociados de Rich Products Corporation que están específicamente autorizados y que tendrán acceso a su información de salud para las funciones de administración del plan. Estas personas reciben capacitación para asegurar que protegerán la privacidad de su información de salud y que esta solo se utilizará como se describe en este aviso o como lo permita la ley.

A continuación le indicamos cómo puede compartirse información adicional entre el Plan y Rich Products Corporation, tal y como lo permiten las reglas de la HIPAA:

- El Plan, su Aseguradora o HMO pueden divulgar "información de salud resumida" a Rich Products Corporation en caso de que esta lo solicite, a fin de obtener ofertas de primas para brindar cobertura conforme al Plan o para modificar o dar por terminado el Plan. La información de salud resumida es aquella que resume la información de reclamaciones de los participantes, pero de la cual se han eliminado nombres y otros datos identificativos. No obstante, los Planes no pueden utilizar ni divulgar información genética con fines de suscripción.

- El Plan, su Aseguradora o HMO pueden divulgar a Rich Products Corporation información sobre si una persona física participa en el Plan, o si se ha inscrito o dado de baja en una opción de seguro o HMO que ofrezca el Plan, para permitir el procesamiento de la nómina a fin de hacer los pagos de primas.

A menos que usted lo autorice por escrito, su información de salud: (1) no podrá ser divulgada por los Planes a ningún otro empleado ni departamento de Rich y (2) no será utilizada por Rich's para emprender ninguna acción ni decisión relacionada con el empleo o vinculada con cualquier otro plan de beneficios para empleados patrocinado por Rich Products Corporation. Sin embargo, la información de salud recopilada por Rich Products Corporation de otras fuentes (por ejemplo, en virtud de la Ley de Licencia Médica y Familiar, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades o la compensación de trabajadores) no está protegida por la HIPAA (aunque este tipo de información puede estar protegida por otras leyes federales o estatales).

Otros usos o divulgaciones de su información de salud que están permitidos
En determinados casos, su información de salud puede divulgarse sin autorización a un familiar, amigo íntimo u otra persona que usted identifique y que participe en su atención o en el pago de esta. La información que describa su ubicación, estado de salud o fallecimiento podrá facilitarse a una persona similar (o a una entidad pública o privada autorizada para ayudar en las labores de socorro en caso de desastre). Por lo general, se le dará la oportunidad de aceptar u oponerse a estas divulgaciones (aunque pueden hacerse excepciones, por ejemplo, si no está presente o si tiene una incapacidad). Además, su información de salud puede divulgarse sin autorización a su representante legal o en determinadas situaciones que exija la ley.

El Plan también está autorizado a utilizar o divulgar su información de salud sin su autorización por escrito para las siguientes actividades:

Compensación de trabajadores	Divulgaciones a programas de compensación de trabajadores o programas legales similares que otorgan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo sin tener en cuenta la culpabilidad, según lo autoricen dichas leyes y según sea necesario para cumplir con ellas.
Necesidad de prevenir una amenaza grave a la salud o la seguridad	Las divulgaciones realizadas en la creencia de buena fe de que la divulgación de su información de salud es necesaria para prevenir o reducir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad pública o personal, si se hace a alguien razonablemente capaz de prevenir o reducir la amenaza (incluidas las divulgaciones al destinatario de la amenaza); incluye las divulgaciones para ayudar a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley a identificar o detener a una persona en virtud de que esta haya hecho una declaración en la que admita su participación en un delito violento que el Plan considere razonablemente que puede haber causado daños físicos graves a una víctima, o cuando parezca que la persona ha escapado de la cárcel o de la custodia legal.
Actividades de salud pública	Divulgaciones autorizadas por la ley a personas que puedan estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección; divulgaciones a las autoridades de salud pública para prevenir o controlar enfermedades o informar sobre un abuso o negligencia infantil; y divulgaciones a la Administración de Alimentos y Medicamentos para recopilar o informar sobre eventos adversos o defectos de productos.
Víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica	Divulgaciones a las autoridades gubernamentales, incluidos los servicios sociales y las agencias de servicios protegidos autorizadas por la ley para recibir denuncias sobre abuso, negligencia o violencia doméstica, según lo exija la ley, si usted está de acuerdo o el Plan cree que la divulgación es necesaria para evitar daños graves para usted o posibles víctimas (se le notificará la divulgación del Plan si el hecho de informarle no le pone en mayor riesgo).
Procedimientos judiciales y administrativos	Divulgaciones en respuesta a una orden judicial o administrativa, orden de presentación, petición de pruebas u otro proceso legal (el Plan puede estar obligado a notificarle la solicitud o recibir una garantía satisfactoria de la parte que busca su información de salud en el sentido de que se realizaron esfuerzos para notificarle o para obtener una orden de protección calificada respecto a la información).
Fines relativos al cumplimiento de la ley	Divulgación a funcionarios encargados de hacer cumplir la ley que se exija legalmente o en virtud de un proceso legal, o para identificar a un sospechoso, fugitivo, testigo o persona desaparecida; divulgación sobre una muerte que pueda haber sido consecuencia de una conducta delictiva; y divulgación para aportar pruebas de una conducta delictiva en los locales del Plan. De igual modo, para divulgar información sobre usted si se sospecha que es víctima de un delito, pero solo si usted está de acuerdo con la divulgación o los Planes no pueden obtener su acuerdo por incapacidad o circunstancias de emergencia.
Personas fallecidas	Divulgación a un médico forense o examinador médico con fines de identificación de una persona fallecida o para determinar la causa de una muerte; y a directores de funerarias para el desempeño de sus funciones.
Donación de órganos, ojos o tejidos	Divulgación a organizaciones de obtención de órganos u otras entidades para facilitar la donación y el trasplante de órganos, ojos o tejidos tras el fallecimiento.
Fines de investigación	Divulgaciones cuando se hayan eliminado los identificadores individuales, o sujetas a la aprobación de juntas de revisión de la privacidad institucionales o privadas, y sujetas a ciertas garantías y declaraciones de los investigadores sobre la necesidad de utilizar su información de salud y el tratamiento de la información durante un proyecto de investigación.
Actividades de supervisión de la salud	Divulgaciones a entidades de salud para actividades autorizadas por la ley (auditorías, inspecciones, investigaciones o acciones de otorgamiento de licencias) para la supervisión del sistema de salud, los programas de beneficios gubernamentales para los que la información de salud sea pertinente con fines de elegibilidad de un beneficiario y del cumplimiento con programas reglamentarios o leyes de derechos civiles.
Funciones gubernamentales especializadas	Divulgaciones sobre personas físicas miembros del personal de las Fuerzas Armadas o personal militar en el extranjero bajo el mando militar correspondiente; divulgaciones a funcionarios federales autorizados para actividades de seguridad nacional o de inteligencia; y divulgaciones a centros penitenciarios o a funcionarios encargados de hacer cumplir la ley sobre custodia de prisioneros.
Investigaciones del HHS	Divulgaciones de su información de salud al Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) para investigar o determinar el cumplimiento por parte del Plan de la norma de privacidad HIPAA.

La mayoría de los usos y divulgaciones de las notas de psicoterapia, los usos y divulgaciones de la PHI con fines de mercadotecnia y las divulgaciones que constituyen una venta de PHI requieren su autorización por escrito. Los Planes no divulgarán ninguna información sobre su salud con fines de mercadotecnia si los Planes recibirán por ella una remuneración económica directa o indirecta que no guarde una relación razonable con el costo en que incurran los Planes para llevar a cabo la comunicación. Los Planes no venderán su PHI a terceros. Sin embargo, la venta de PHI no incluye la divulgación con fines de salud pública; con fines de investigación en los que los Planes solo reciban una remuneración por los costos de preparación y transmisión de la información de salud; con fines de tratamiento y pago; para la venta, transferencia, fusión o consolidación de la totalidad o parte de los Planes; para que un asociado comercial o subcontratista desempeñe funciones de atención médica en nombre de los Planes; o para otros fines exigidos y permitidos por la ley.

Excepto en los casos que se describen en este aviso, otros usos y divulgaciones se harán solo con su autorización previa por escrito. Puede revocar dicha autorización según lo permitan las normas de la HIPAA. Sin embargo, no puede revocar su autorización si el Plan ha tomado medidas basándose en ella. En otras palabras, no puede revocar su autorización con respecto a las divulgaciones que el Plan ya haya realizado.

Usos y divulgación de registros de pacientes con trastornos por consumo de sustancias
La Parte 2 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR) (Parte 2) establece restricciones adicionales sobre el uso y la divulgación de registros relacionados con los trastornos por consumo de sustancias (SUD), entre ellas:

- Los registros sujetos a la Parte 2 se utilizarán y divulgarán únicamente según lo permita dicha Parte, y cualquier consentimiento aplicable que usted otorgue deberá incluir cualquier prohibición requerida respecto a la notificación de redivulgación en el caso de las divulgaciones permitidas. Sin embargo, los registros de trastornos por consumo de sustancias (SUD) que se hayan divulgado correctamente sí pueden ser "redivulgados" por el destinatario tras su autorización para la divulgación, con lo que la información dejaría de estar protegida.
- Los registros recibidos de los programas de la Parte 2 no se utilizarán ni se divulgarán en procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos en su contra, a menos que se cuente con su consentimiento por escrito o con una orden judicial, previa notificación y después de que se le haya brindado a usted o al titular del registro la oportunidad de ser escuchado.
- Con fines de recaudación de fondos, si la información utilizada o divulgada incluye registros del Programa de la Parte 2, primero se le debe brindar una oportunidad clara y evidente de optar por no recibir ninguna comunicación relacionada con la recaudación de fondos.

Sus derechos individuales
Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información de salud que conserva el Plan. Estos derechos están sujetos a ciertas limitaciones, como se explica a continuación. En esta sección del aviso se describe cómo puede ejercer cada uno de los derechos. Consulte el cuadro que figura al final de este anuncio para obtener información sobre cómo presentar solicitudes.

Derecho a solicitar restricciones sobre determinados usos y divulgaciones de su información de salud y derecho del Plan a rechazarlas
Usted tiene derecho a solicitar al Plan que restrinja el uso y la divulgación de su información de salud para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica, excepto para los usos o divulgaciones que exija la ley. Usted tiene derecho a solicitar al Plan que restrinja el uso y la divulgación de su información de salud a familiares, amigos íntimos u otras personas que identifique como personas que participan en su atención o en el pago de esta. También tiene derecho a solicitar al Plan que restrinja el uso y la divulgación de la información de salud para notificar a esas personas su ubicación, estado de salud o fallecimiento, o para coordinar esos esfuerzos con las entidades que colaboran en las tareas de socorro en casos de desastre. Si desea ejercer este derecho, deberá solicitarlo al Plan por escrito.

El Plan no está obligado a aceptar cualquier restricción que se le solicite. Si el Plan está de acuerdo, se puede cancelar una restricción posteriormente mediante solicitud por escrito de su parte, por acuerdo entre usted y el Plan (que puede incluir un acuerdo verbal) o unilateralmente por el Plan con respecto a la información de salud que se haya creado o recibido después de que se le notifique que el Plan ha eliminado las restricciones. El Plan también puede divulgar información de salud sobre usted si necesita tratamiento de urgencia, incluso si el Plan ha acordado una restricción.

Las solicitudes de restricciones y para recibir comunicaciones por medios alternativos o en otros lugares deben hacerse por escrito a Rich Products Corporation, Associate Services Center, One Robert Rich Way, Buffalo, NY 14213. Es posible que usted o su representante deban llenar un formulario para solicitar restricciones en los usos y divulgaciones de su PHI, o que reciban instrucciones adicionales cuando se realice dicha solicitud.

Usted tiene derecho a solicitar que su proveedor no divulgue información de salud a un plan de salud si usted ha pagado totalmente el servicio y la ley no exige la divulgación. La solicitud de restricción a los Planes solo se aplicará a ese servicio en particular. Deberá solicitar a su proveedor una restricción para cada servicio posterior. Debe ponerse en contacto con su proveedor de atención médica para realizar dicha solicitud.

Derecho a recibir comunicaciones confidenciales de su información de salud
Si considera que la divulgación de su información de salud por los medios habituales podría ponerle en peligro de algún modo, el Plan atenderá las solicitudes razonables para recibir comunicaciones de información de salud del Plan por medios alternativos o en lugares alternativos.

Si desea ejercer este derecho, su solicitud al Plan debe hacerse por escrito y debe incluir una declaración en el sentido de que la divulgación de toda o parte de la información podría ponerle en peligro. Tomaremos en cuenta todas las solicitudes razonables, pero solo estamos obligados a concederlas si usted declara que la denegación por parte nuestra de la solicitud le pondría en peligro.

Derecho a inspeccionar y copiar su información de salud
Con ciertas excepciones, usted tiene derecho a inspeccionar u obtener una copia de su historial médico y de las reclamaciones, así como de cualquier otra información de salud que tengamos sobre usted. Su solicitud de información de salud en un "Conjunto de registros designados" puede incluir registros médicos y de facturación mantenidos para un proveedor de atención médica; sistemas de registros de inscripción, pago, adjudicación de reclamaciones, gestión de casos o médicos que mantenga un plan; o un conjunto de registros que el Plan utilice para tomar decisiones sobre las personas. Sin embargo, no tiene derecho a inspeccionar u obtener copias de las notas de psicoterapia o de la información recopilada para procedimientos civiles, penales o administrativos, ni de la información sujeta a las Enmiendas para la Mejora de Laboratorios Clínicos de 1988 (en la medida en que la ley prohíba dar acceso a dicha información), ni de la información que esté exenta de dichas Enmiendas. La información que se utiliza para el control de calidad o análisis de revisión por pares y que no se utilice para tomar decisiones sobre las personas físicas no se considera parte de un Conjunto de registros designados.

Además, el Plan puede denegar su derecho de acceso, aunque en determinadas circunstancias usted puede solicitar una revisión de la denegación. Si se deniega el acceso, usted o su representante personal recibirán una denegación por escrito en la que se expondrán los motivos de esta, una descripción de cómo puede ejercer los derechos de revisión con respecto a la denegación y una descripción de cómo puede presentar una queja ante la Secretaría.

Además, el Plan puede denegar su derecho de acceso, aunque en determinadas circunstancias usted puede solicitar una revisión de la denegación. Si se deniega el acceso, usted o su representante personal recibirán una denegación por escrito en la que se expondrán los motivos de esta, una descripción de cómo puede ejercer los derechos de revisión con respecto a la denegación y una descripción de cómo puede presentar una queja ante la Secretaría.

La información solicitada se facilitará dentro de los 30 días siguientes si la información se conserva en los establecimientos o dentro de los 60 días siguientes si la información se conserva fuera de los establecimientos. Se permite una única prórroga de 30 días si los Planes no pueden cumplir con la fecha límite. Si desea ejercer este derecho, deberá solicitarlo al Plan 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 los establecimientos), el Plan le proporcionará:

- el acceso o las copias que ha solicitado;
- una denegación por escrito en la que se explique por qué se denegó su solicitud y los derechos que tenga para que se revise la denegación o para presentar una queja; o
- una declaración por escrito en el sentido de que el período para revisar su solicitud se prolongará 30 días más como máximo, junto con los motivos del retraso y la fecha en la que el Plan espera atender dicha solicitud.

El Plan puede proporcionarle un resumen o una explicación sobre la información en lugar de brindarle acceso o copias de su información de salud, siempre que usted exprese su acuerdo previo y pague las tarifas aplicables. El Plan también puede cobrar tarifas razonables basadas en los costos por las copias o el despacho postal.

Si el Plan no conserva la información de salud pero sabe dónde se conserva, se le informará dónde debe dirigir su solicitud.

Es posible que usted o su representante deban llenar un formulario para solicitar el acceso a la PHI que se encuentra en su Conjunto de registros designados. Las solicitudes de acceso a la PHI deben dirigirse a los contactos indicados anteriormente en la sección titulada “Derecho a solicitar restricciones sobre determinados usos y divulgaciones de su información de salud y derecho del Plan a rechazarlas”.

Derecho a elegir a alguien que actúe en su nombre
Si ha otorgado a alguien un poder médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud. Nos aseguraremos de que la persona tenga esta facultad y pueda actuar en su nombre antes de emprender cualquier acción.

Ley de No Discriminación por Información Genética (GINA)
El Título II de la Ley de No Discriminación por Información Genética de 2008 protege a los solicitantes y a los empleados frente a la discriminación basada en la información genética en caso de contratación, ascenso, despido, remuneración, beneficios complementarios, capacitación laboral, clasificación, remisión y otros aspectos del empleo. La Ley GINA también restringe la adquisición de información genética por parte de los empleadores y limita estrictamente la divulgación de información genética. La información genética incluye información sobre las pruebas genéticas de los solicitantes, los empleados o sus familiares; la manifestación de enfermedades o trastornos en los miembros de la familia (historial médico familiar); y la solicitud o recepción de servicios genéticos por parte de los solicitantes, los empleados o sus familiares.

Derecho a modificar la información de salud que sea inexacta o esté incompleta
Con determinadas excepciones, usted tiene derecho a solicitar que el Plan modifique su información de salud en un Conjunto de registros designados que sea inexacta o esté incompleta durante todo el tiempo que la PHI se mantenga en dicho Conjunto de registros designados. El Plan puede denegar su solicitud por varias razones. Por ejemplo, su solicitud puede denegarse si la información de salud es exacta y está completa, si no fue creada por el Plan (a menos que la persona o entidad que haya creado la información ya no esté disponible), si no forma parte del Conjunto de registros designados o no está disponible para su inspección (p. ej., notas de psicoterapia o información recopilada para procedimientos civiles, penales o administrativos).

Los Planes disponen de 60 días contados a partir de la presentación de la solicitud para actuar en consecuencia. Se permite una única prórroga de 30 días si los Planes no pueden cumplir con la fecha límite. Si la solicitud es denegada en su totalidad o en parte, los Planes deben remitirle una denegación por escrito en la que se expliquen los motivos. Usted o su representante podrán entonces presentar una declaración por escrito en la que manifiesten su desacuerdo con la denegación y hacer que dicha declaración se incluya con cualquier divulgación futura de su PHI.

Si desea ejercer este derecho, su solicitud al Plan debe hacerse por escrito y debe incluir una declaración en apoyo de la modificación solicitada. Las solicitudes para modificar la PHI deben dirigirse a los contactos indicados anteriormente en la sección titulada "Derecho a solicitar restricciones sobre determinados usos y divulgaciones de su información de salud y derecho del Plan a rechazarlas". Es posible que usted o su representante deban llenar un formulario para solicitar la modificación de la PHI de su Conjunto de registros designados.

Dentro de los 60 días posteriores a la recepción de su solicitud, el Plan:

- realizará la modificación solicitada;
- proporcionará una denegación por escrito en la que se expliquen los motivos por los que se denegó su solicitud y los derechos que le corresponden para expresar su desacuerdo o para presentar una queja; o
- proporcionará una declaración por escrito en el sentido de que el período para revisar su solicitud se prolongará 30 días más como máximo, junto con los motivos del retraso y la fecha en la que el Plan espera atender su solicitud.

Derecho a recibir un informe acerca de las divulgaciones de su información de salud
Usted tiene derecho a obtener una lista de determinadas divulgaciones que el Plan o sus socios comerciales hayan hecho de su información de salud. A menudo, esto se denomina "informe de divulgaciones". Por lo general, puede recibir una lista de las divulgaciones si la ley exige alguna de ellas, en relación con actividades de salud pública o en situaciones similares enumeradas en el cuadro anterior del presente aviso, a menos que se indique algo distinto a continuación.

Puede recibir información sobre las divulgaciones de su información de salud que se remonten a seis (6) años a partir de la fecha de su solicitud (o tres años antes de la fecha de su solicitud en el caso de los "historiales médicos electrónicos", tal y como se definen en la Ley de Tecnología de la Información Sanitaria para la Salud Económica y Clínica [HITECH]), pero no antes del 14 de abril de 2003 (fecha general de entrada en vigor de las reglas de privacidad de la HIPAA). Usted no tiene derecho a recibir una lista de las divulgaciones realizadas:

- para tratamiento, pago u operaciones de atención médica (excepto en el caso de divulgaciones que impliquen "historiales médicos electrónicos", tal y como se definen en la HITECH);
- a usted sobre su propia información de salud;
- de manera indirecta junto con otras divulgaciones permitidas o requeridas;
- cuando se haya otorgado la autorización;

- a familiares o amigos que participen en su atención (cuando se permita la divulgación sin autorización);
- para fines de seguridad nacional o de inteligencia o a instituciones penitenciarias o funcionarios encargados de hacer cumplir la ley en determinadas circunstancias; o
- como parte de un "conjunto de datos limitados" (información de salud que excluye cierta información identificativa).

Además, su derecho a un informe acerca de las divulgaciones a una entidad de supervisión de la salud o a un funcionario encargado de hacer cumplir la ley puede suspenderse a petición de dicha entidad o funcionario.

Si desea ejercer este derecho, deberá solicitarlo al Plan por escrito. Dentro de los 60 posteriores a la solicitud, el Plan proporcionará una lista de divulgaciones o una declaración por escrito en el sentido de que el período para proporcionar dicha lista se prolongará 30 días más como máximo, junto con los motivos del retraso y la fecha en la que el Plan espera atender su solicitud. Puede realizar una (1) solicitud en cualquier periodo de 12 meses sin costo alguno para usted, pero el Plan puede cobrarle una tarifa por las solicitudes subsiguientes. Se le notificará la tarifa por adelantado y tendrá la oportunidad de cambiar o revocar su solicitud.

Derecho a recibir una notificación en caso de una brecha de seguridad
Tiene derecho a que se le notifique, a más tardar a los sesenta (60) días a partir de que se detecte la brecha de seguridad, si existe la probabilidad de que una PHI suya no segura se vea comprometida. El aviso incluirá:

- una breve descripción de lo sucedido, inclusive la fecha de la brecha de seguridad y su descubrimiento;
- una descripción del tipo de PHI no segura que estuvo implicada en la brecha de seguridad;
- las medidas que usted debe tomar para protegerse de los posibles daños derivados de la brecha de seguridad;
- una breve descripción de la investigación sobre la brecha de seguridad, la mitigación del daño que le ha causado y la protección contra nuevas brechas de seguridad; y
- procedimientos de contacto para responder a sus preguntas.

Representantes
Una persona puede ejercer sus derechos en virtud del presente aviso a través de un representante. Si tiene un representante, se le exigirá a este, a menos que la ley permita otra cosa, que presente pruebas de las facultades que usted le ha otorgado para actuar en su nombre antes de que se le dé acceso a su PHI o se le permita tomar cualquier medida en nombre suyo. La prueba de dichas facultades puede adoptar una de las formas siguientes:

- Un poder notarial para fines de atención médica, legalizado por un notario público
- Una orden judicial de nombramiento de la persona como su albacea o tutor
- Una prueba de que el representante es su progenitor (si usted es menor de edad)

Los Planes tienen la facultad discrecional de denegar a un representante el acceso a su PHI con el objeto de darle protección si se cree que usted puede ser objeto de abuso o negligencia. Esto también se aplica a los representantes de menores.

Derecho a obtener una copia en papel de este aviso del Plan previa solicitud
Usted tiene derecho a obtener una copia en papel del presente Aviso de privacidad si la solicita. Incluso las personas que hayan aceptado recibir este aviso de manera electrónica pueden solicitar una copia en papel en cualquier momento. Puede obtener una copia del presente aviso en el sitio web de inscripción en los Planes en www.myrichs.com o puede solicitar una copia en papel poniéndose en contacto con el Centro de Servicios para Asociados llamando al 1-800-455-2587. La dirección postal para correspondencia escrita es: Rich Products Corporation, Associate Services Center, One Robert Rich Way, Buffalo, NY 14213.

Cambios en la información de este aviso
El Plan debe atenerse a los términos del Aviso de privacidad en vigor. Sin embargo, el Plan se reserva el derecho de cambiar los términos de sus políticas de privacidad como se describe en el presente aviso en cualquier momento, y de hacer efectivas las nuevas disposiciones con respecto a toda la información de salud que conserva el Plan. Esto incluye la información de salud creada o recibida con anterioridad, no solo la información de salud creada o recibida después de cambiar la política. En caso de cualquier cambio sustancial en los usos o las divulgaciones, los derechos de la persona, las obligaciones del Plan u otras prácticas de privacidad establecidas en el presente aviso, se publicará una versión revisada de este último en el sitio web del Plan antes de la fecha de entrada en vigor del cambio sustancial, y se proporcionará una copia impresa del aviso revisado (o información sobre el cambio sustancial y cómo obtener el aviso revisado) en el siguiente envío postal anual del Plan. De manera alternativa, se podrá distribuir una copia revisada dentro de los 60 días posteriores a la fecha de entrada en vigor de cualquier cambio sustancial, y el aviso revisado también estará disponible en el sitio web del Plan.

Quejas
Si cree que se han infringido sus derechos de privacidad, puede presentar una queja al Plan y a la Secretaría de Salud y Servicios Humanos. No sufrirá represalias por presentar una queja. Para presentar una queja, escriba a HIPAA Privacy Official, Associate Services Center, Rich Products Corporation, One Robert Rich Way, Buffalo, NY 14213. Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 2012, o llamando al 1-877-696-6775. Los Planes no tomarán represalias contra usted por presentar una queja.

Contacto
Si desea obtener más información sobre las políticas de privacidad del Plan o sobre sus derechos en virtud de la HIPAA, póngase en contacto con el Centro de Servicios para Asociados, Rich Products Corporation, llamando al 1-800-455-2587.

El presente aviso ilustra los esfuerzos de los Planes para resumir las normas de privacidad de la HIPAA. En caso de discrepancia entre los términos o requisitos de este aviso y la propia normativa sobre privacidad, prevalecerán los términos de la normativa.

Aviso sobre derechos de inscripción especial

Si rechaza la inscripción para usted o sus dependientes (lo que incluye a su cónyuge) debido a otra cobertura de seguro de salud (o si el empleador deja de contribuir a su otra cobertura o la de sus dependientes), es posible que pueda inscribirse o inscribir a sus dependientes en este Plan en el futuro, siempre que cambie o actualice sus opciones en línea dentro de los 30 días posteriores a la finalización de la otra cobertura. Además, si tiene un nuevo dependiente a consecuencia de un matrimonio, un nacimiento, una adopción o una colocación en adopción, podrá inscribirse a usted mismo y a dichos dependientes, siempre que solicite la inscripción dentro de los 30 días siguientes al matrimonio, el nacimiento, la adopción o la colocación en adopción.

Dispone de 30 días a partir de la fecha de su cambio de condición que califique para cambiar o actualizar sus opciones en línea. Los cambios de beneficios que realice deben ser congruentes con su cambio de condición que califica.

El Plan permite una inscripción especial en virtud de la HIPAA para los empleados y dependientes que son elegibles pero no están inscritos, si pierden la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP).

ALABAMA – Medicaid	ALASKA – Medicaid
Sitio web: http://myalhipp.com/ Tel.: 1-855-692-5447	Programa de Pago de Primas de Seguros de Salud AK: Sitio web: http://myakhipp.com/ Tel.: 1-866-251-4861 Correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad para Medicare: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx
ARKANSAS - Medicaid	**CALIFORNIA – Medicaid**
Sitio web: http://myarhipp.com/ Tel.: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Programa de Pago de Primas de Seguros de Salud (HIPP): Sitio web: https://www.dhcs.ca.gov/services/health-insurance-premium-payment-program-cost-avoidance Tel.: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov
COLORADO - Health First Colorado (Programa de Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)	**FLORIDA – Medicaid**
Health First Colorado: Sitio web: https://www.healthfirstcolorado.com/ Centro de contacto para miembros de Health First Colorado: 1-800-221-3943/Servicio de retransmisión estatal: 711 CHP+: https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus Servicio de Atención al Cliente de CHP+: 1-800-359-1991/ Servicio de retransmisión estatal: 711: Programa de Opción de Compra de Seguros de Salud (HIBI): https://www.mycohibi.com/ Servicio de Atención al Cliente de HIBI: 1-855-692-6442	Sitio web: https://www.flmedicaidtplrecovery.com/ flmedicaidtplrecovery.com/hipp/index.html Tel.: 1-877-357-3268
GEORGIA – Medicaid	**ILLINOIS - Medicaid**
GA HIPP: Sitio web: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Tel.: 678-564-1162; marque 1 GA CHIPRA: Sitio web: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Tel.: 678-564-1162; marque 2	Información sobre la asistencia para el pago de primas de Medicaid en Illinois: Sitio web para solicitar Medicaid: https://abe.illinois.gov Número de línea directa de HIPP: 217-524-8268 Correo electrónico de HIPP: mhfs.boc.hipp@illinois.gov

INDIANA – Medicaid	IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)
Programa de Pago de Primas de Seguros de Salud: Todos los demás de Medicaid Sitio web: https://www.in.gov/medicaid/ http://www.in.gov/fssa/dfr/ Administración de Servicios Familiares y Sociales Tel.: 1-800-403-0864 Teléfono de Atención a Miembros: 1-800-457-4584	Sitio web de Medicaid: Medicaid de Iowa | Salud y Servicios Humanos Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366 Sitio web de Hawki: Hawki - Healthy and Well Kids in Iowa | Salud y Servicios Humanos Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563 Sitio web de HIPP: Pago de Primas de Seguros de Salud (HIPP) | Salud y Servicios Humanos (iowa.gov) Teléfono de HIPP: 1-888-346-9562
KANSAS – Medicaid	**KENTUCKY – Medicaid**
Sitio web: https://www.kancare.ks.gov/ Tel.: 1-800-792-4884 Teléfono de HIPP: 1-800-967-4660	Programa de Pago de Primas de Seguros de Salud Integrado de Kentucky (KI-HIPP) Sitio web https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Tel.: 1-855-459-6328 Correo electrónico: KIHIPP.PROGRAM@ky.gov Sitio web de KCHIP: https://kynect.ky.gov Tel.: 1-877-524-4718 Sitio web de Medicaid de Kentucky: https://chfs.ky.gov/agencies/dms
LOUISIANA – Medicaid	**MAINE – Medicaid**
Medicaid de Luisiana: Sitio web: https://www.ldh.la.gov/healthy-louisiana Línea de servicios de clientes de Medicaid: 1-888-342-6207 Correo electrónico de Medicaid de Luisiana: healthy@la.gov Programa de Pago de Primas de Seguros de Salud 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	Sitio web para la inscripción: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US Tel.: 1-800-442-6003 TTY: Servicio de retransmisión de Maine: 711 Sitio web de Primas de Seguros de Salud Privados: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Tel.: 1-800-977-6740 TTY: Servicio de retransmisión de Maine: 711
MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP	**MINNESOTA – Medicaid**
Sitio web: https://www.mass.gov/masshealth/pa Tel.: 1-800-862-4840 TTY: 711 Correo electrónico: masspremassistance@accenture.com	Sitio web: https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/ Tel.: 1-800-657-3672

MISSOURI – Medicaid	MONTANA – Medicaid
Sitio web: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Tel.: 573-751-2005	Sitio web: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Tel.: 1-800-694-3084 Correo electrónico: HHSHIPPProgram@mt.gov
NEBRASKA – Medicaid	**NEVADA – Medicaid**
Sitio web: http://accessnebraska.ne.gov Tel.: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178	Sitio web de Medicaid: http://dhcfp.nv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900
NEW HAMPSHIRE – Medicaid	**NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP**
Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Tel.: 603-271-5218 Número gratuito del programa HIPP: 1-800-852-3345, ext. 15218 Correo electrónico: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov	Sitio web de Medicaid: https://www.nj.gov/humanservices/dmahs/individuals-families/familycare/ Tel.: 1-800-356-1561 Teléfono de Asistencia para el Pago de Primas de CHIP: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710 (TTY: 711)
NUEVA YORK – Medicaid	**CAROLINA DEL NORTE – Medicaid**
Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Tel.: 1-800-541-2831	Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov/ Tel.: 919-855-4100
DAKOTA DEL NORTE – Medicaid	**OKLAHOMA – Medicaid y CHIP**
Sitio web: https://www.hhs.nd.gov/healthcare Tel.: 1-844-854-4825	Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Tel.: 1-888-365-3742
OREGON – Medicaid	**PENNSYLVANIA – Medicaid y CHIP**
Sitio web: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx Tel.: 1-800-699-9075	Sitio web: https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html Tel.: 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	**CAROLINA DEL SUR – Medicaid**
Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/ Tel.: 1-855-697-4347 o 401-462-0311 (línea directa RIte Share)	Sitio web: https://www.scdhhs.gov Tel.: 1-888-549-0820

DAKOTA DEL SUR – Medicaid	TEXAS – Medicaid
Sitio web: http://dss.sd.gov Tel.: 1-888-828-0059	Sitio web: https://www.hhs.texas.gov/services/financial/health-insurance-premium-payment-hipp-program Tel.: 1-800-440-0493
UTAH – Medicaid y CHIP	**VERMONT – Medicaid**
Sitio web de la Asociación de Primas de Seguros de Salud de Utah (UPP): https://medicaid.utah.gov/upp/ Correo electrónico: upp@utah.gov Tel.: 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/	Sitio web: https://dvha.vermont.gov/members/medicaid/hipp-program Tel.: 1-800-250-8427
VIRGINIA – Medicaid y CHIP	**WASHINGTON – Medicaid**
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	Sitio web: https://www.hca.wa.gov/ Tel.: 1-800-562-3022
VIRGINIA OCCIDENTAL – Medicaid y CHIP	**WISCONSIN – Medicaid y CHIP**
Sitio web: https://bms.wv.gov/ 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 Tel.: 1-800-362-3002
WYOMING – Medicaid	
Sitio web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Tel.: 1-800-251-1269	

Para saber si algún otro estado ha incorporado un programa de asistencia para el pago de primas desde el 31 de julio de 2026 o para obtener más información sobre derechos de inscripción especiales, puede comunicarse con:

- Departamento del Trabajo de EE. UU.
  Administración de Seguridad y Beneficios para Empleados
  www.dol.gov/agencies/ebsa
  1-866-444-EBSA (3272)
- Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
  www.cms.hhs.gov
  1-877-267-2323, opción de menú 4, ext. 61565

Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer

Si a usted le han hecho o le harán una mastectomía, puede tener derecho a determinados beneficios en virtud de la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer de 1998 (WHCRA). Las personas que reciben beneficios relacionados con una mastectomía, recibirán la cobertura de manera determinada en consulta con el médico tratante y el paciente para:

- todas las etapas de 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 las complicaciones físicas de la mastectomía, incluidos linfedemas.

Estos beneficios se otorgarán sujetos a los mismos deducibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos que se otorgan conforme a este Plan. Si desea más información sobre los beneficios de la WCHRA, llame al administrador de su Plan o al Centro de Servicios para Asociados al 1-800-455-2587.

Beneficios de transporte

El Programa de Beneficios de Transporte le permite ahorrar dinero en el transporte público de ida y vuelta al trabajo mientras permanezca en el empleo. Con este beneficio, todos los asociados que se desplazan al trabajo en transporte público (autobús, ferrocarril o transbordador) o en furgoneta compartida pueden pagar su tarifa con dólares antes de impuestos hasta el límite del código fiscal federal. Puede administrar su cuenta en línea en cualquier momento a través del sitio web “Your Spending Account” (Su cuenta de gastos) (YSA). Para participar, entre a la página web de YSA a través del sitio web de inscripción en benefits.rich.com, seleccione la pestaña “Commuter” e inscríbase. Tenga en cuenta que debe estar inscrito por lo menos un mes antes al mes en que necesite el beneficio. Este programa cumple con el Programa de Beneficios para Viajeros del Área de la Bahía adoptado por el Distrito de Gestión de la Calidad del Aire del Área de la Bahía y la Comisión de Transporte Metropolitano. Si tiene preguntas sobre este beneficio, póngase en contacto con el Centro de Servicios al Asociado llamando al 1-800-455-2587.

Informe Anual Resumido (SAR)

Para el Plan de Beneficios de Bienestar de Rich Products Corporation
Este es un resumen del informe anual del Plan de Beneficios de Bienestar de Rich Products Corporation, EIN 31-1387980, número de plan 501, para el año del plan comprendido entre el 1 de enero de 2025 y el 31 de diciembre de 2025. El informe anual se ha presentado ante la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados, tal y como exige la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 (ERISA).

Rich Products Corporation se ha comprometido a pagar ciertas reclamaciones de salud, dentales, de la visión y de muerte accidental y desmembramiento, así como todas las reclamaciones por incapacidad temporal en las que se incurra según los términos del plan.

Información sobre seguros
El plan tiene contratos de seguro con Aetna Life Insurance Co., Highmark Western and Northeastern New York Inc., Cigna Health and Life Insurance Company and Affiliates (Cigna), Delta Dental of New York, EyeMed Vision Care, Health Net, Kaiser Foundation Health Plan of The Mid-Atlantic States, Inc., Kaiser Foundation Health Plan of Colorado, Kaiser Foundation Health Plan Inc., Metropolitan Life Insurance Company, National Union Fire Ins. Co. de Pittsburgh, PA, UnitedHealthcare Insurance Company, Vision Service Plan, Safeguard Health Plans, Inc, una sociedad de Florida, Safeguard Health Plans, Inc, una sociedad de California, Safeguard Health Plans, Inc, una sociedad de Texas, Kaiser Foundation Health Plan of Georgia, Inc, Kaiser Foundation Health Plan of The Northwest, Continental American Insurance Company, New York Life Group Insurance Company of New York, Priority Health Insurance Company, Kaiser Foundation Health Plan of Washington Options, Inc. y Metropolitan General Insurance Company para pagar determinadas reclamaciones de salud, dentales, de la visión, y de muerte accidental y desmembramiento, así como todas las reclamaciones de seguro de vida, asesoría legal prepagada, incapacidad a largo plazo y enfermedades graves en las que se incurra según los términos del plan. Las primas totales pagadas para el año del plan que finaliza el 31 de diciembre de 2025 ascendieron a $69,787,371.

Al tratarse de contratos "basados en el historial de siniestros", los costos de las primas se ven afectados, entre otras cosas, por la cantidad y la magnitud de las reclamaciones. Del total de primas de seguro pagadas para el año del plan que finaliza el 31 de diciembre de 2025, las primas pagadas en virtud de dichos contratos "basados en el historial de siniestros" ascendieron a $1,407,673.

Su derecho a obtener información adicional
Usted tiene derecho a recibir una copia del informe anual completo o de cualquiera de sus partes, previa solicitud. La partida que se indica a continuación se incluye en dicho informe:

- Información sobre seguros, incluidas las comisiones de venta pagadas por las aseguradoras.

Para obtener una copia del informe anual completo o de cualquiera de sus partes, escriba a la oficina de Rich Products Corporation, en One Robert Rich Way, Buffalo, NY 14213 o llame al número de teléfono, 716-878-8000.

También tiene el derecho legalmente protegido de examinar el informe anual en la oficina principal del Plan: One Robert Rich Way, Buffalo, NY 14213, y en el Departamento de Trabajo de EE. UU. en Washington, D.C., o de obtener una copia del Departamento de Trabajo de EE. UU. previo pago de los costos de copiado. Las solicitudes al Departamento deberán dirigirse a: Public Disclosure Room, Room N-1513, Employee Benefits Security Administration, U.S. Department of Labor, 200 Constitution Avenue, N.W., Washington, D.C. 20210. El informe anual también está disponible en línea en el sitio web del Departamento de Trabajo, www.efast.dol.gov.

RICH'S

Los empleados cubiertos por un convenio colectivo de trabajo deben consultar su acuerdo para conocer los detalles específicos de su plan.