

Inscripción abierta: Del 12 al 23 de octubre de 2027

BENEFICIOS PARA EMPLEADOS 2027



ÍNDICE



UNA CARTA DE NUESTRO DIRECTOR FINANCIERO	1
APOYO PARA LA INSCRIPCIÓN ABIERTA	2
ASPECTOS DESTACADOS PARA 2027	3
CÓMO INSCRIBIRSE	3
ELEGIBILIDAD	4
PLAN MÉDICO	5
PLAN DENTAL	10
PLAN DE VISIÓN	12
SEGURO DE VIDA Y AD&D	13
SEGURO POR DISCAPACIDAD	14
PLANIFICACIÓN PARA LA JUBILACIÓN	16
SEGURO CONTRA ACCIDENTES	17
SEGURO DE ENFERMEDADES GRAVES	18
BENEFICIOS ADICIONALES	19
CONTACTOS IMPORTANTES	21
AVISOS OBLIGATORIOS	22

BIENVENIDO

En Madix, nuestros empleados son quienes marcan la diferencia en nuestro éxito. Por eso, todos los años, usted tiene la oportunidad de elegir entre una variedad de beneficios que pueden marcar una verdadera diferencia en su vida. Ofrecemos una amplia gama de beneficios, incluyendo atención médica, seguro de vida, seguro de discapacidad y mucho más. Usted puede personalizar su programa de beneficios para que sea acorde a su situación personal.

Esta guía proporciona un resumen de sus opciones de beneficios, así como cualquier modificación material a nuestras ofertas de beneficios del año anterior. Por favor, léala detenidamente y haga sus elecciones antes de la fecha límite.

Todas las elecciones que realice durante el período de Inscripción abierta entrarán en vigencia el 1 de enero de 2027. No se permitirán cambios en ningún otro momento, a menos que se produzca un Evento de vida habilitante (como un nacimiento, un fallecimiento, un divorcio, un matrimonio, etc.).

Si tiene alguna pregunta sobre sus elecciones de beneficios o sobre cómo inscribirse, por favor, comuníquese con su departamento local de RR. HH.

Si usted (y/o sus dependientes) tienen Medicare o serán elegibles para Medicare en los próximos 12 meses, una ley federal le da más opciones sobre su cobertura de medicamentos con receta. Consulte la página 28 para ver más detalles.

UNA CARTA DE NUESTRO DIRECTOR FINANCIERO

Estimados asociados de Madix:

¡Felicitaciones a cada uno de ustedes mientras celebramos 70 años como empresa! Esta trayectoria como organización demuestra nuestra resiliencia, creatividad y visión empresarial para maximizar los éxitos y superar los desafíos a lo largo de nuestra historia. Sigamos el ejemplo de nuestros fundadores y seamos fuertes como el acero, haciendo todo lo que esté a nuestro alcance para atender las solicitudes de nuestros clientes, al tiempo que valoramos a las personas para que se sientan seguras, valoradas y realizadas.

Con 2027 a la vuelta de la esquina, este es un buen momento para revisar sus elecciones de beneficios para empleados en cuanto a los planes médicos, dentales, de visión y otras opciones de seguros voluntarios. La Inscripción abierta se llevará a cabo del 12 al 23 de octubre, y las selecciones estarán disponibles en Workday para que pueda revisarlas. También contaremos con asesores de beneficios en las instalaciones para responder a sus preguntas. Por favor, esté atento a las fechas y horarios, luego comuníquese con sus representantes locales de RR. HH. si necesita información adicional.

El plan médico grupal de Madix sigue siendo una de las mayores inversiones de la empresa, con costos proyectados de aproximadamente \$12 millones en 2027. Para ayudar a gestionar el aumento de los costos de atención médica y mantener una cobertura integral, los aportes médicos semanales de los empleados aumentarán un 5% a partir del 1 de enero de 2027 en todos los niveles de cobertura. Para ayudar a compensar este aumento, los deducibles de los planes individuales se reducirán en \$150. La cobertura médica continuará con la misma aseguradora y no habrá cambios significativos en el diseño del plan, los beneficios cubiertos, los copagos ni los deducibles. Las primas de los planes dentales y de visión no cambiarán. Por favor, inicie sesión en Workday para consultar las tarifas de beneficios para 2027.

Equitable continuará proporcionando productos de seguros voluntarios, como cobertura por discapacidad a corto y largo plazo, de enfermedades graves y de indemnización hospitalaria, a tarifas grupales. Por favor, revise las opciones para cualquier actualización en las primas. Otras oportunidades de beneficios que puede aprovechar incluyen el plan 401(k) con Fidelity (aporte de equiparación de la empresa de hasta el 4%), la telemedicina proporcionada por MDLive (\$0 de copago) y la educación sobre Medicare proporcionada por Medicare Choice Group. Asegúrese de visitar www.401k.com para revisar sus elecciones de aportes e inversión semanales, de modo que esté preparado para la jubilación cuando llegue ese momento.

70 años: ¡Un logro increíble que solo puede igualarse con otros 70 años! Con su dedicación a nuestros clientes y a los demás, ¡superaremos los próximos 70 años! Gracias por sus esfuerzos mientras continuamos siendo líderes en los mercados a los que prestamos servicios.

De mi especial consideración,

JUSTIN

Justin L. Saunders, Vicepresidente y Director Financiero

¿TIENE PREGUNTAS SOBRE LOS BENEFICIOS? NOSOTROS PODEMOS AYUDAR

¡El apoyo para la Inscripción abierta 2027 está disponible!

¡Madix se complace en ofrecer apoyo para la inscripción en las instalaciones durante la Inscripción abierta de este año!

Los especialistas en beneficios estarán disponibles para ayudar con:

- Preguntas generales sobre los beneficios
- Asistencia para la inscripción
- Incorporación de dependientes y beneficiarios
- Ponerle en contacto con la aseguradora o el proveedor de beneficios correspondiente

Los especialistas en beneficios estarán disponibles en las instalaciones:

Terrell

13, 14 y 15 de octubre

Eclectic

19 y 20 de octubre

Goodwater

21 y 22 de octubre

Nuevas contrataciones y Eventos de vida habilitante

¿Es nuevo en Madix y se está inscribiendo por primera vez? ¿Ha experimentado un evento de vida y necesita realizar cambios en sus beneficios?

Los especialistas en beneficios están disponibles por teléfono por orden de llegada, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., CST.

Por favor, llame al **866-996-0222** para hablar con un Especialista en beneficios O programe una cita para recibir una llamada en un horario específico visitando **madixinc.simplybook.me/v2** o **escaneando el código QR.**



ASPECTOS DESTACADOS PARA 2027

Aquí tiene una lista de lo que cambia y lo que no para el año del plan 2027. Los cambios que se indican a continuación entrarán en vigencia el 1 de enero de 2027, a menos que se indique lo contrario.

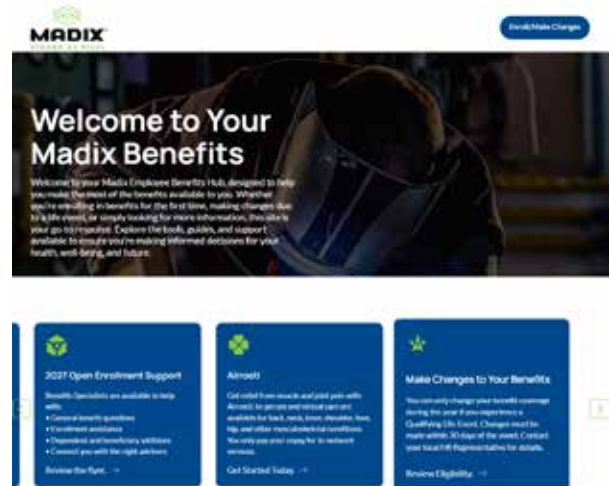
- Los monitores continuos de glucosa para empleados o dependientes con diabetes estarán cubiertos por su beneficio de farmacia. Esto significa que pagará el copago de farmacia por su MCG en lugar del monto de coseguro médico.
- No habrá cambios en los máximos de gastos de bolsillo.

¿Sabía que?

¿Necesita información sobre beneficios? Visite MadixBenefits.com durante todo el año para revisar sus planes, comparar opciones y acceder a recursos útiles sobre beneficios para usted y su familia.

Ya sea que busque maximizar sus beneficios de atención médica, planificar para lo inesperado o respaldar su bienestar financiero, Madixbenefits.com es su recurso integral.

¡Compruébelo hoy mismo y tome el control de sus beneficios!



CÓMO INSCRIBIRSE



¡Inscríbase iniciando sesión en Workday!

Descargue la aplicación o conéctese desde su computadora para acceder a Workday y revisar:

- Información sobre beneficios e inscripción abierta completa
- Información de pago: ¡No tendrá que guardar ni destruir más recibos de pago en papel!
- Actualice la información de la cuenta bancaria para depósitos directos
- Cambie la situación fiscal para las retenciones de impuestos federales y estatales
- Actualice la información de contacto (dirección, teléfono, correo electrónico, etc.)
- Solicite a su supervisor la aprobación de tiempo libre o consulte los saldos disponibles

Información de acceso

Enlace de Workday de Madix

wd12.myworkday.com/madixinc/login.html

Opción 1: Si cuenta con una dirección de correo electrónico de madixinc.com, haga clic en la opción SSO y utilice su dirección de correo electrónico y contraseña de correo electrónico para iniciar sesión en Workday. Siga los pasos para completar las indicaciones de autenticación multifactor (MFA).

Opción 2: Si no cuenta con una dirección de correo electrónico de madixinc.com, por favor, haga clic en la opción Native Login y utilice su nombre de usuario de Workday (nombre.apellido) y su contraseña actual. Si no sabe su contraseña, comuníquese con su representante local de RR. HH.



¡Descargue la aplicación Workday o inicie sesión para completar la Inscripción abierta entre el 12 y el 23 de octubre de 2026!

ELEGIBILIDAD

Si trabaja al menos 30 horas por semana, es elegible para los beneficios. También puede inscribir a sus dependientes elegibles para la cobertura. Los dependientes incluyen:

- Su cónyuge legal o su pareja de hecho admitida
- Los hijos menores de 26 años, independientemente de su estado civil, condición de estudiantes o dependencia
- Hijos mayores de 26 años y que dependan plenamente de usted como sostén debido a una discapacidad física o mental, y que se indiquen como tales en su declaración jurada federal de impuestos

Eventos de vida habilitante

Normalmente, usted solo podrá cambiar sus elecciones de beneficios durante el período de inscripción abierta. Sin embargo, como la vida cambia, usted también podrá cambiar sus elecciones de beneficios durante el año si experimenta un evento de vida habilitante.

	EVENTO DE VIDA HABILITANTE	DOCUMENTACIÓN NECESARIA
Cambio de estado civil	Matrimonio	Copia de la partida de matrimonio
	Divorcio	Copia de la sentencia de divorcio
Cambio en el número de dependientes	Nacimiento o adopción	Copia del certificado de nacimiento o copia de los documentos legales de adopción
	Hijastros	Copia del certificado de nacimiento y copia del certificado de matrimonio entre el empleado y cónyuge
	Fallecimiento	Copia del certificado de defunción
Cambio en el empleo	Cambio en su situación de elegibilidad (por ejemplo, de tiempo completo a tiempo parcial)	Notificación de aumento o reducción de horas que cambie la situación de cobertura
	Cambio en los beneficios o situación laboral del cónyuge	Notificación de situación laboral de cónyuge que provoque la pérdida u obtención de cobertura

Eventos de vida habilitante

Durante el año, no puede realizar cambios en su seguro médico, dental y de visión a menos que tenga un evento de vida habilitante. Los cambios deben realizarse dentro de los 30 días siguientes al evento de vida habilitante, de lo contrario tendrá que esperar hasta el siguiente período anual de inscripción abierta para realizar cambios (a menos que experimente otro evento de vida habilitante). Para más información, póngase en contacto con su representante local de RR. HH.

Inscripción en beneficios para nuevos empleados

Los empleados que son nuevos en Madix tienen 30 días desde la fecha de contratación para completar el proceso. Madix utiliza Workday para ayudarle a inscribirse en los beneficios de la empresa. Para ayudarle, Madix ofrece conferencias telefónicas individuales con un especialista en beneficios que le explicará sus opciones, si lo prefiere.

Los especialistas en beneficios están disponibles por teléfono, por orden de llegada, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 a. m. CST. Por favor, llame al **866-996-0222** para hablar con un Especialista en beneficios O programe una cita para recibir una llamada en un horario específico visitando madixinc.simplybook.me/v2/.



Nuestra cobertura médica le brinda a usted y a su familia la protección que necesitan para atender problemas de salud cotidianos o cuando sucede algo inesperado. Puede elegir entre cualquiera de los dos planes médicos, cada uno de los cuales ofrece

- Beneficios integrales de atención médica
- Atención preventiva que se cubre al 100% dentro de la red
- Cobertura para los hijos elegibles hasta los 26 años
- Cobertura de medicamentos con receta

Elija el plan más adecuado para usted

Madix ofrece dos planes PPO: el plan PPO básico y el plan PPO complementario (de compra). El plan básico tiene una prima semanal más baja, pero un deducible y un máximo de gastos de bolsillo más altos. El plan complementario (de compra) tiene una prima semanal más alta, pero un deducible y un máximo de gastos de bolsillo más bajos. Los planes son diferentes:

- **Montos de deducible anual:** El monto que usted paga cada año por los cargos elegibles dentro y fuera de la red antes de que el plan comience a pagar
- **Máximos de gastos de bolsillo:** Lo máximo que pagará cada año por los servicios de la red elegibles, incluidos los medicamentos con receta
- **Copago y coseguro:** Dinero que usted paga por el costo de los servicios cubiertos

Clínica in situ

Madix ofrece una clínica en las instalaciones para todos los empleados. Un asistente médico certificado o una enfermera practicante están disponibles para tratar afecciones de salud agudas. Evite las salas de espera en las consultas médicas y vuelva al trabajo más rápido. La clínica in situ no está disponible para los dependientes. **Por favor, pregunte al personal médico de las instalaciones por los servicios adicionales, como los exámenes físicos anuales, la gestión de la salud, y más.**

Para las citas, comuníquese con su supervisor inmediato.

Telemedicina

MDLive le ofrece acceso 24/7/365 a médicos certificados por la junta de EE. UU. a través de su teléfono y de video seguro en una computadora o una tableta. Sin costo alguno, usted y sus dependientes cubiertos pueden hablar con los médicos sobre las afecciones médicas y los síntomas, tales como:

- Resfriado y gripe
- Alergias
- Irritaciones de la piel
- Problemas de salud conductual
- ¡Y mucho más!

En algunos casos, los médicos pueden enviar las recetas a la farmacia más cercana. Empezar a chatear con un médico de MDLive hoy mismo:

DESCARGUE
la aplicación MDLive



VISITE
MDLive.com/BCBSTX



Lláme al: 888-680-8646

PLAN MÉDICO

PLAN MÉDICO

ESTIRE SU DINERO PARA EL CUIDADO DE LA SALUD

Permanecer en la red BCBSTX

BCBSTX tiene lo que se denomina una "red" de proveedores que han acordado asociarse para ofrecer descuentos a los miembros del plan BCBSTX.

- **EN LÍNEA:** Visite bcbstx.com y haga clic en "Encontrar un médico". Seleccione un tipo de proveedor de atención médica, ingrese su código postal, luego elija Organización de Proveedores Preferidos (PPO) en el menú desplegable. Haga clic en "NEXT" para generar una lista de médicos y centros de salud en su zona.
- **LLAME A BCBSTX:** Una vez que reciba su tarjeta de identificación de BCBSTX, puede llamar al número de teléfono del servicio de atención al cliente que figura en el reverso. Un representante puede ayudarle a encontrar un proveedor participante o confirmar si su médico actual está en la red.
- **PREGUNTE A SU MÉDICO:** En la mayoría de los casos, el departamento de facturación del consultorio de su médico sabrá si forma parte de la red BCBSTX. De lo contrario, probablemente estarán dispuestos a comunicarse con BCBSTX en su nombre (utilizando su número de grupo y número de miembro que aparecen en su tarjeta de identificación) para verificar que sus servicios estarán cubiertos a las tarifas con descuento de BCBSTX.

Conozca los requisitos de su plan

Es posible que se requiera la aprobación de su plan médico (llamada de preautorización o autorización previa) antes de que se puedan cubrir algunos servicios, entre ellos:

Admisión hospitalaria para:

- Hospital
- Rehabilitación
- Enfermería especializada
- Cuidados agudos/subagudos a largo plazo

Ciertos procedimientos y cirugías ambulatorias:

- Estimulación de la médula espinal
- Disco intervertebral artificial

Asegúrese de consultar la información sobre sus beneficios para ver una lista más detallada de los servicios que requieren autorización previa. Por lo general, su proveedor de la red autorizará previamente su servicio por usted. Es una buena idea confirmar con su proveedor que ha obtenido la aprobación necesaria antes de que usted reciba el servicio.



Si tiene preguntas, llame al número de Servicio de atención al cliente que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro de BCBSTX.



Programas adicionales a través de BCBS

Blue Access for Members

¿Busca ahorrar en costos de atención médica mientras toma el control de su bienestar? A través del programa Member Rewards de BCBS, puede obtener recompensas en efectivo cuando acude a proveedores dentro de la red elegibles que ofrecen servicios de alta calidad a un menor costo. Además, sus beneficios de salud incluyen una variedad de herramientas y recursos diseñados para ayudarle a llevar una vida más saludable según su propio horario. Para acceder a estos programas y mucho más:

- Visite bcbstx.com
- Regístrese para obtener Blue Access for MembersSM
- Seleccione la pestaña "Mi salud" para explorar los recursos de salud y bienestar disponibles.

¿Cómo funciona Member Rewards?

1. Cuando un médico le recomiende un tratamiento, inicie sesión en su cuenta Blue Access en bcbstx.com.
2. En "Buscador de proveedores", seleccione "Médicos y hospitales", luego haga clic en "Buscar un médico u hospital" y busque el procedimiento recomendado.
3. Elija una sede elegible de Member Rewards y podrá obtener una recompensa en efectivo.
4. Complete su procedimiento y una vez verificado, recibirá un cheque dentro de 4 a 6 semanas.



¿Preguntas?

Llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro de BCBS.

Línea de enfermería 24/7

Cuando necesite ayuda para decidir si debe ir a la sala de emergencias o pedir una cita con su médico, la línea de enfermería 24/7 está aquí para ayudarle. Llame a cualquier hora, de día o de noche, con preguntas sobre fiebres, quemaduras y otros problemas de salud. Para empezar, inicie sesión en Blue Access for Members (BAM) en bcbstx.com. A continuación, vaya a la pestaña "Mi salud" para obtener más información.

Asesores del valor de beneficios

Aproveche al máximo sus beneficios y ahorre dinero cuando hable con un asesor del valor de beneficios de BCBSTX. Los asesores de valor de beneficios pueden ayudar con cualquier cosa, desde la revisión de la información general sobre los beneficios hasta la localización de proveedores dentro de la red para servicios como:

- TAC o TC
- Resonancias magnéticas
- Procedimientos de endoscopia
- Procedimientos de colonoscopia
- Cirugía de la espalda o de la columna vertebral
- Cirugía de la rodilla
- Cirugía de hombro
- Cirugía de prótesis de cadera o de articulación
- ¡Y mucho más!

Llame al 800-521-2227 y solicite hablar con un BVA, o utilice la herramienta de búsqueda de proveedores de Blue Access for Members (BAM) en línea para comenzar. Si se somete a un procedimiento cubierto por el BVA sin llamar primero a la BVA ni comprar en línea, deberá pagar un \$100 de copago. Comuníquese con un BVA. **¡Póngase en contacto con un BVA o utilice la herramienta de búsqueda de proveedores de BAM para que le eximan los \$100 de copago!**



AHORRE DINERO EN SERVICIOS MÉDICOS

COMPARACIÓN DE PLANES MÉDICOS

	PPO BÁSICO DE BLUE CROSS BLUE SHIELD OF TEXAS		PPO COMPLEMENTARIO (DE COMPRA) DE BLUE CROSS BLUE SHIELD OF TEXAS	
	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Deducible del año de calendario				
Individual	\$1350	\$5500	\$850	\$3000
Familiar	\$2500	\$10 500	\$1500	\$5500
Máximo de gastos de bolsillo del año calendario (incluye deducible)				
Individual	\$5500	Sin máximo	\$4500	Sin máximo
Familiar	\$10 500	Sin máximo	\$8500	Sin máximo
Coseguro	Usted paga		Usted paga	
Atención preventiva	\$0	N/C	\$0	N/C
Médico de atención primaria	\$40 de copago	50%*	\$20 de copago	40%*
Especialista	\$60 de copago	50%*	\$30 de copago	40%*
Airrosti	\$60 de copago	N/C	\$30 de copago	N/C
Atención de urgencia	\$40 de copago	50%*	\$20 de copago	40%*
Sala de emergencias	\$100 de copago, luego 20%		\$100 de copago, luego 20%	
Quiropraxia	20%*	50%*	20%*	40%*
Hospital				
Servicios hospitalarios	20%*	50%*	20%*	40%*
Cirugía ambulatoria	20%*	50%*	20%*	40%*
Resonancia magnética, tomografías computarizadas, radiología de diagnóstico, prótesis de articulaciones, cirugía bariátrica, musculoesquelética o mamoplastia de reducción	\$100 de copago; exento si se contacta con un BVA antes del servicio		\$100 de copago; exento si se contacta con un BVA antes del servicio	
Laboratorio/Rayos X				
Facturado por el consultorio médico	20%*	50%*	20%*	40%*
Facturado por el centro de salud externo	20%*	50%*	20%*	40%*
Farmacia – RxBenefits – CVS/Caremark				
Medicamentos con receta (suministro de hasta 30 días)				
Nivel 1	\$15 de copago	Copago minorista + Diferencia del costo	\$10 de copago	Copago minorista + Diferencia del costo
Nivel 2	\$40 de copago		\$35 de copago	
Nivel 3	\$60 de copago		\$50 de copago	
Especialidad	30% de coseguro**		30% de coseguro**	
Medicamentos con receta de pedido por correo (suministro para hasta 90 días)				
Nivel 1	2.5 veces el copago de venta al por menor		2.5 veces el copago de venta al por menor	
Nivel 2				
Nivel 3				

*Después del deducible **El miembro pagará \$0 de gastos de bolsillo si está inscrito en el programa PrudentRX a través de RX Benefits

TARIFAS DE LOS PLANES MÉDICOS PARA 2027

TARIFAS MÉDICAS SEMANALES PARA 2027	LIBRE DE TABACO		USUARIO DE TABACO	
	PPO BASE	PPO COMPLEMENTARIO	PPO BASE	PPO COMPLEMENTARIO
Solo empleado	\$21.00	\$31.50	\$41.00	\$51.50
Empleado y cónyuge	\$105.00	\$126.00	\$125.00	\$146.00
Empleado e hijo(s)	\$78.75	\$96.60	\$98.75	\$116.60
Familiar	\$126.00	\$157.50	\$146.00	\$177.50

Ahorrrará \$1040 al año en primas médicas si está libre de tabaco.



PLAN DENTAL



Su salud dental es una parte importante de su bienestar general. El seguro dental le da motivos para sonreír: Es accesible y cubre la atención preventiva (incluidos los chequeos de rutina), así como empastes, puentes, coronas y otros servicios dentales.

Cuando se inscribe en el plan dental, puede acudir a cualquier dentista de su elección, pero los proveedores dentro de la red ofrecen mejores descuentos y pueden encargarse de presentar reclamos por usted. Si prefiere acudir a un proveedor fuera de la red, tenga en cuenta que, al no tener contrato, pueden cobrarle cualquier cantidad facturada que supere la tarifa de descuento negociada.

El monto que paga por su cobertura depende de a quién cubra y del plan que elija.

Para más detalles o para encontrar un proveedor de la red, visite mybenefits.metlife.com o llame al **800-ASK-4-MET**.

Descargue la aplicación de MetLife para encontrar un dentista en su zona, ver su tarjeta de identificación, cambiar de consultorio dental, ver el resumen de su plan y de sus reclamos, ¡y más! La aplicación MetLife US está disponible para iPhone y Android.



PLAN DENTAL DE METLIFE		
	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Deducible del año de calendario		
Individual	\$50	
Familiar	\$150	
Máximo de gastos de bolsillo del año calendario		
Por persona	\$1000 por persona (servicios básicos y mayores combinados)	
	Usted paga	
Servicios		
Visita a consultorio	\$0	
Atención preventiva		
Estudios, limpiezas, radiografías, tratamientos con flúor	\$0	
Servicios básicos		
Empastes, espaciadores, selladores, extracciones, cirugía bucal, endodoncia, periodoncia, exámenes de emergencia	20%*	
Procedimientos mayores		
Coronas, incrustaciones, recubrimientos, dentaduras, puentes y reparaciones	50%*	
Ortodoncia		
Cargo de tratamiento de 24 meses: Se aplicarán tarifas adicionales por las consultas y el tratamiento previos a la ortodoncia, registros y retenedores, y bandas.		
Adultos	N/C	
Hijos (hasta que cumplen 19 años)	50% hasta un beneficio máximo de por vida de \$1000 por persona; sin deducible	

* Después del deducible



TARIFAS DENTALES SEMANALES	
Solo empleado	\$4.47
Empleado y cónyuge	\$9.17
Empleado e hijo(s)	\$10.11
Familiar	\$14.49

PLAN DE VISIÓN

Usted puede elegir cobertura de visión, que brinda una atención asequible y de buena calidad a nivel nacional. Si bien los servicios y suministros para el cuidado de la vista están cubiertos dentro y fuera de la red, sus beneficios son generalmente mayores cuando utiliza proveedores de la red. Los costos se basan en los familiares que elija cubrir. Para obtener más información, visite eyemed.com, llame al **866-804-0982**, o bien, descargue la aplicación "EyeMed Members", disponible para iPhone y Android.



iPhone



Android

PLAN DE VISIÓN EYEMED		
	PROVEEDOR PARTICIPANTE	PROVEEDOR NO PARTICIPANTE
	Usted paga	Reembolso
Costo		
Examen	\$0 de copago	Hasta \$40
Materiales	\$15 de copago	Ver a continuación
Servicios cubiertos: Lunas		
Lentes monofocales	\$15 de copago	Hasta \$30
Bifocales	\$15 de copago	Hasta \$50
Trifocales	\$15 de copago	Hasta \$70
Monturas	Saldo por encima de la asignación de \$150	Hasta \$105
Servicios cubiertos: Lentes de contacto en lugar de monturas/lunas		
Lentes de contacto: Medicamento necesarios	\$0	Hasta \$210
Lentes de contactos: Electivos	Saldo por encima de la asignación de \$150	Hasta \$150
Frecuencia del beneficio		
Exámenes	Una vez cada 12 meses	Una vez cada 12 meses
Cristales	Una vez cada 12 meses	Una vez cada 12 meses
Monturas	Una vez cada 24 meses	Una vez cada 24 meses
Lentes de contacto	Una vez cada 12 meses	Una vez cada 12 meses

TARIFAS DE VISIÓN SEMANALES	
Solo empleado	\$1.07
Empleado y cónyuge	\$2.03
Empleado e hijo(s)	\$2.14
Familiar	\$3.15

SEGURO DE VIDA Y MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO (AD&D)

El seguro de vida y AD&D continuarán siendo ofrecidos por Equitable. Es importante que piense seriamente en los gastos y las necesidades de ingresos que tendrían sus dependientes si algo le ocurriera a usted. Para garantizar su protección financiera, la empresa ofrece varios tipos de seguros de vida y AD&D.

Seguro básico de vida. Esta cobertura se proporciona sin costo alguno para usted.

El seguro AD&D se proporciona como parte de su cobertura básica de vida y le proporciona beneficios específicos por una lesión corporal accidental cubierta que causa directamente el desmembramiento (por ejemplo, la pérdida de una mano, pie u ojo). En el caso de que el fallecimiento ocurra por accidente, se pagará el 100% del beneficio AD&D a su(s) beneficiario(s).

Cobertura de vida y AD&D complementaria

Si contrata un seguro de vida adicional para usted, también puede contratar cobertura para su cónyuge e hijos dependientes. El seguro de vida complementario opcional para usted, su cónyuge y sus hijos puede ayudar a proteger a su familia en momentos difíciles. Los empleados que sean elegibles pueden contratar un seguro de vida y AD&D complementario para ellos y sus familiares. Los montos de la cobertura de los empleados se ofrecen en cantidades de hasta 5 veces su salario anual. Existen montos de emisión garantizada (GI).

Emisión garantizada y Constancia de asegurabilidad

Cuando usted es elegible por primera vez para el seguro de vida complementario y AD&D, puede adquirir hasta el menor de los siguientes montos: 5 veces su salario base anual o \$300 000 en incrementos de \$10 000 sin necesidad de una Constancia de asegurabilidad (EOI). Si el monto solicitado es superior a la GI, tendrá que presentar la EOI para que el monto por encima de la GI tenga efecto. La misma cobertura estará disponible para su cónyuge.

Reducción por edad

Las pólizas de vida básica y complementaria y de AD&D están sujetas a una reducción por edad. Esto significa que el monto de su cobertura se reducirá a partir de los 65 años. Por favor, consulte los documentos de su póliza para obtener más detalles.

Ingreso imputado

Conforme a las leyes fiscales actuales, el ingreso imputado es el valor de su seguro básico de vida que excede los \$50 000 y está sujeto a los impuestos federales sobre ingresos, al Seguro Social y a los impuestos estatales sobre ingresos, si corresponde. Este monto de ingreso imputado se incluirá en su cheque de pago y figurará en su declaración W-2.



SEGURO POR DISCAPACIDAD

La cobertura por discapacidad seguirá ofreciéndose a través de Equitable.

Si tiene una lesión o enfermedad grave que le impide trabajar, ¿cómo pagaría sus cuentas? El seguro por discapacidad sustituye una parte de sus ingresos cuando no puede trabajar debido a una enfermedad o lesión admitida.

Por favor, consulte los resúmenes de beneficios de STD y LTD para conocer las definiciones específicas de una discapacidad admitida

Discapacidad a corto plazo (STD)

Un embarazo, una intervención quirúrgica programada o una enfermedad imprevista o una lesión no relacionada con el trabajo podrían dejarle fuera del trabajo y sin ingresos durante un largo período de tiempo. El seguro STD puede proteger parte de su cheque de pago en caso de que usted quede discapacitado.

COBERTURA	BENEFICIO
Seguro por discapacidad a corto plazo	• El 50% de sus ganancias semanales hasta un máximo de \$1000 durante 11 semanas • El beneficio comienza después de 14 días de discapacidad

Discapacidad a largo plazo (LTD)

El LTD le asegura la sustitución de una parte de sus ingresos si no puede trabajar durante un período prolongado debido a una enfermedad o lesión. Esta cobertura se coordina con otros beneficios que pueda recibir mientras esté discapacitado, como el seguro social y la indemnización por accidente de trabajo, a menos que la lesión esté relacionada con el trabajo, en cuyo caso el LTD compensaría la indemnización por accidente de trabajo. Los pagos del LTD continuarán mientras usted esté discapacitado o hasta que cumpla la edad normal de jubilación del seguro social, lo que suceda antes. Ciertas exclusiones y limitaciones de afecciones preexistentes pueden aplicar.

COBERTURA	BENEFICIO
Seguro por discapacidad a largo plazo	• 50% de sus ingresos mensuales hasta un máximo de \$6000 mensuales • El beneficio comienza después de 90 días de discapacidad y los pagos durarán mientras usted esté discapacitado o hasta que alcance su edad normal de retiro del Seguro Social, lo que ocurra primero



Un ejemplo: ¿cómo pueden colaborar STD y LTD?

Supongamos que tiene un accidente en las pistas de esquí y debe ausentarse del trabajo debido a sus lesiones. Así es como funcionarían sus beneficios por discapacidad:

- Durante los primeros 14 días de ausencia laboral, utilizaría su tiempo de vacaciones remuneradas (PTO) disponible y recibiría su salario habitual.
- Durante las siguientes 11 semanas, recibiría beneficios por STD equivalentes al 50% de su salario, hasta \$1000 por semana.
- Si está de baja más de 90 días y no puede desempeñar su trabajo, comenzarían los beneficios por LTD y sustituirían 50% de su salario, hasta un máximo de \$6000 al mes. Estos beneficios continuarán hasta que deje de cumplir la definición de discapacitado según la aseguradora.

Primeras 2 semanas

Se utiliza el tiempo de PTO disponible



Próximas 11 semanas

El STD aprobado sustituye el 50% de su salario



Después de 90 días

El LTD comienza si se aprueba



PLANIFICACIÓN PARA LA JUBILACIÓN

¿Cómo se ve estando jubilado? Tal vez tenga pensado viajar por el mundo. O quizás le gustaría dedicarse a algunos pasatiempos más cerca de su casa. Sea cual sea su objetivo, es importante que se responsabilice de sus propias finanzas para tener los ingresos que necesita en el futuro.



Una de las mejores maneras de asegurar una jubilación segura es empezar a ahorrar lo antes posible. Nuestro plan de ahorro 401(k) le permite ahorrar para la jubilación antes de impuestos. Usted puede empezar a aportar al plan en cualquier momento una vez que resulta elegible, mediante cómodas deducciones salariales.

Aumente sus ahorros para la jubilación con un plan 401(k)

Así es como funcionan sus beneficios por discapacidad:

- Aporte mediante deducciones de nómina convenientes hasta el límite del IRS de \$24 500 al año (límite de 2026; consulte a continuación para obtener más información).
- Modifique el monto de sus aportes o deje de aportar en cualquier momento.
- Decida cómo invertir su 401(k) o deje que el plan elija por usted.
- ¿Tiene 50 años o más? Realice una aporte adicional "de nivelación" de hasta \$8000 para ahorrar aún más.
- Las personas de entre 60 y 63 años pueden realizar aportes de nivelación de hasta \$11 250 anuales a un plan de jubilación en el lugar de trabajo.
- Los empleados de 21 años o más que trabajan a tiempo completo son elegibles desde su primer día de trabajo.
- Inscribese en [401k.com](https://www.401k.com) o llamando al **800-835-5097**.
- Asegúrese de que su beneficiario del plan 401(k) esté actualizado comunicándose con Fidelity al número 800 o en línea en [401k.com](https://www.401k.com).
- Los servicios y aplicaciones móviles de Fidelity le permiten acceder a sus cuentas cuando y donde quiera. Descargue la aplicación móvil de Fidelity para dispositivos Apple, Android y Amazon.



El IRS aún no ha anunciado los límites oficiales de aportes al plan 401(k) para 2027. Por lo general, el IRS publica los límites actualizados de aporte a los planes de jubilación a finales de octubre o principios de noviembre, después de revisar los datos de inflación hasta septiembre.

Los empleados pueden obtener la información más actualizada de las siguientes fuentes:

1. Sitio web de planes de jubilación del IRS
 - » <https://www.irs.gov/retirement-plans>
2. Nuestro proveedor de planes 401(k)
 - » Esté atento a los correos electrónicos, los anuncios en el sitio web y las comunicaciones de inscripción de nuestro administrador del plan de jubilación después de que el IRS publique los nuevos límites.
3. Recursos Humanos
 - » RR. HH. comunicará cualquier cambio en los límites de los aportes.
4. Micrositio de beneficios de Madix
 - » [MadixBenefits.com](https://www.MadixBenefits.com)

SEGURO CONTRA ACCIDENTES

Tal como suena, el seguro contra accidentes puede ayudarle a pagar los gastos en los que pueda incurrir después de una lesión accidental. Este tipo de lesión incluye eventos como un accidente de auto, una caída al esquiar o incluso una caída por las escaleras en casa. Este beneficio se paga independientemente de cualquier otra cobertura de seguro que usted pueda tener (incluida su cobertura médica).



Visitas a la sala de emergencias



Exámenes médicos

incluidos los exámenes de diagnóstico mayores



Hospitalizaciones



Terapia física



Fracturas y dislocaciones



Transporte y alojamiento

si está fuera de casa cuando se produce el accidente

Cómo funciona el plan

Cabe reiterar que estos beneficios se suman a cualquier beneficio del seguro médico que usted pueda recibir. El monto del beneficio se le paga directamente a usted. Usted puede utilizar este dinero de cualquier manera que desee, incluyendo deducibles, cuidado de niños, limpieza de casa, comestibles, servicios públicos, o cualquier otro propósito que pueda ayudarle a satisfacer sus necesidades personales, financieras o domésticas. **A continuación, se muestra un ejemplo:**



De camino al trabajo, John tuvo un accidente de auto.



Fue trasladado en ambulancia terrestre a la sala de emergencias y admitido en el hospital.



Se dislocó la cadera y pasó cinco días en el hospital. Tuvo varias sesiones de fisioterapia antes de volver al trabajo.



John presentó sus gastos de accidente y recibió \$5850 de su cobertura de seguro contra accidentes. Lo utilizó para su deducible, copago y como ingreso complementario por los días de trabajo perdidos.

LOS BENEFICIOS DEL SEGURO CONTRA ACCIDENTES DE JOHN PAGARON UN TOTAL DE: \$5850

Ambulancia terrestre	\$300	Resonancias magnéticas	\$150	Cadera dislocada	\$3000
Sala de emergencias	\$150	Hospitalización: Admisión	\$1000	Instrumental médico	\$100
Radiografías	\$50	Hospitalización: Diaria (5 días)	\$1000	Fisioterapia (4 sesiones)	\$100

Por favor, consulte detalles de esta cobertura en el resumen de beneficios.

ENFERMEDADES GRAVES E INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA

Seguro de enfermedades graves

Las enfermedades graves pueden tener un gran impacto en su vida. Una enfermedad grave puede impedir que trabaje y puede dificultar que haga cosas sencillas y cotidianas. El seguro de enfermedades graves de Equitable ayuda a reducir el estrés financiero y emocional al pagar una suma global en efectivo si le diagnostican una afección cubierta. Usted decide cómo utilizar el dinero: Para cubrir gastos médicos, deducibles, copagos, viajes para recibir tratamiento, cuidado de niños o facturas cotidianas.

Estas enfermedades pueden incluir, pero no se limitan a, las siguientes:



Ataque cardíaco



Enfermedad de Alzheimer



Accidente cerebrovascular



Esclerosis múltiple



Enfermedad de Parkinson



Insuficiencia de un órgano mayor

¿Cómo funciona el plan?

El seguro de enfermedades graves a través de Equitable paga una suma global en efectivo si le diagnostican una afección cubierta después de que comience su cobertura. El monto que reciba dependerá del nivel de beneficio que haya elegido y de la afección diagnosticada. Los beneficios se le pagan directamente a usted, no a su médico ni al hospital, y usted decide cómo utilizar el dinero: Para gastos médicos de bolsillo, viajes para recibir tratamiento, cuidado de niños, hipoteca o alquiler, u otras facturas del hogar.

El plan también incluye:

- **Beneficio por ocurrencia adicional:** Proporciona cobertura si posteriormente se le diagnostica una afección cubierta diferente y no relacionada (deben transcurrir 6 meses entre los diagnósticos).
- **Beneficio por recurrencia:** Se vuelve a pagar si se produce una recaída de la misma afección cubierta (deben transcurrir 12 meses entre los diagnósticos).
- **Portabilidad:** Mantenga su cobertura si deja Madix, hasta los 70 años.

MONTOS DE LA COBERTURA	
Empleado	De \$5000 a \$30 000 (en incrementos de \$5000)
Cónyuge	De \$5000 a \$30 000 (hasta el 100% del beneficio del empleado)
Hijo	De \$2500 to \$5000 (hasta el 50% del monto elegido por el empleado)

Beneficio de bienestar

Usted y sus dependientes cubiertos son elegibles para recibir un beneficio anual de \$50 cuando completan una evaluación de salud admitida, como una mamografía, una colonoscopia, una prueba de Papanicolaou, un perfil lipídico, una prueba de PSA, una evaluación de diabetes y más. Este beneficio se le paga directamente a usted y puede solicitarse una vez por persona cubierta durante cada año calendario.

Visite equitable.com/employeebenefits e inicie sesión en EB360® o llame al 866-274-9887 para reclamos, detalles de beneficios o preguntas.

Nombre del grupo: Madix, Inc.

Número de póliza: 010822

Seguro de indemnización hospitalaria

El plan de seguro de indemnización hospitalaria está diseñado para proporcionarle protección financiera mediante el pago de un beneficio directo debido a una hospitalización. Puede utilizar el beneficio para cubrir los gastos de bolsillo y las facturas adicionales que puedan surgir.

Los beneficios de suma global se pagan directamente a usted en función del monto de la cobertura indicado a continuación, independientemente del costo real del tratamiento.

DESCRIPCIÓN GENERAL DE LOS BENEFICIOS			
Beneficio por hospitalización inicial	\$500	Portabilidad	Incluido
Hospitalización diaria	\$100/día	Exclusión de afecciones preexistentes	Ninguno
Hospitalización diaria en la unidad de cuidados críticos	\$200/día	Emisión garantizada	Incluido

BENEFICIOS ADICIONALES

Programa de asistencia para empleados

Todo el mundo necesita un poco de ayuda de vez en cuando. Por eso le ofrecemos a usted y a los familiares elegibles el acceso a consejeros licenciados a través de nuestro programa de asistencia al empleado (EAP) mediante Magellan Health, Inc. El EAP está disponible para usted tanto si elige o no otra cobertura de beneficios a través de la empresa.

Usted puede comunicarse con el EAP para obtener ayuda con lo siguiente:

- Estrés
- Problemas matrimoniales o familiares
- Ansiedad y depresión
- Abuso de sustancias (alcohol y/o drogas)
- Problemas financieros
- Cuestiones relacionadas con el cuidado de los hijos, incluyendo identificar escuelas, guarderías, tutores y más
- Padres de edad avanzada
- Cuidado de mascotas
- Proveedores de mantenimiento y reparación
- Oportunidades de trabajos voluntarios en la comunidad

A través del EAP, usted y su familia pueden recibir apoyo y orientación de inmediato, así como evaluaciones y derivaciones para servicios adicionales.

Es importante señalar que todas las conversaciones con el EAP son voluntarias y estrictamente confidenciales. Además, el contacto con un asesor del EAP nunca tiene costo alguno para usted; la empresa paga la totalidad de los gastos. Pero, si usted y su consejero determinan que se necesita asistencia adicional, usted será derivado al recurso más apropiado y accesible que esté disponible. Aunque usted es responsable del costo de las referencias, estos costos suelen estar cubiertos por su plan médico.



Magellan también ofrece aplicaciones que están disponibles para ayudar con una variedad de afecciones. Busque Magellan Health Services en la App Store o en Google Play.



Los servicios del EAP se pueden acceder en línea, 24/7, en **magellanascent.com** creando un correo electrónico y una contraseña de usuario, o llamando al **800-327-1393**, o a través de las aplicaciones.



BENEFICIOS ADICIONALES CONT.

Seguro mejorado contra el robo de identidad



Para 2027, Madix continuará ofreciendo protección contra el robo de identidad a través de **LifeLock con Norton Benefit Essential**.

Con LifeLock, su cobertura incluye el monitoreo de su identidad y sus cuentas en registros financieros, crediticios y públicos, así como la vigilancia de la dark web para detectar cuándo sus datos personales aparecen en lugares no seguros. Recibirá alertas puntuales si su información se ve comprometida en una filtración de datos o si se produce alguna actividad crediticia inusual. El plan también ofrece protección en caso de robo de la billetera para ayudarle a reemplazar rápidamente tarjetas y documentos importantes, además de acceso 24/7 a especialistas con sede en EE. UU. que trabajarán directamente con usted para restaurar su identidad en caso de fraude. Además, cuenta con una cobertura de reembolso de hasta \$1 millón para fondos robados, gastos personales y honorarios legales o de expertos relacionados con el robo de identidad.

COSTO SEMANAL	
NIVEL DE COBERTURA	COSTO
Solo empleado	\$1.96
Empleado + familia	\$3.92



Medicare Choice Group

El equipo de expertos en Medicare de Medicare Choice Group le guiará en cada paso del proceso de decisión e inscripción en Medicare.

1. Programe una consulta individual con un experto en Medicare.
2. Obtenga recomendaciones sobre qué planes se adaptarán a sus necesidades.
3. Planifique su cronograma de transición a Medicare con la ayuda de un asesor.
4. Inscribese en su plan de Medicare con confianza.

Para obtener más información, llame al **(214)-393-6471** o visite visit.medicarechoicegroup.com/madixinc.

Airrosti

Airrosti ofrece una atención personalizada y altamente eficaz para el dolor y las afecciones musculoesqueléticas agudas y crónicas. Airrosti puede tratar las lesiones/dolor en el cuello/espalda, rodilla, hombro, pie, cadera, ¡y más! Los servicios están disponibles de manera presencial o virtual. Airrosti es un proveedor de la red y usted solo pagará un copago por su visita.



Para comenzar su plan de recuperación, llame al **(800)-404-6050** o visite Airrosti.com o Airrosti.com/RemoteRecovery.



CONTACTOS IMPORTANTES

COBERTURA	CONTACTE AL	TELÉFONO	SITIO WEB	APLICACIONES
Apoyo para la inscripción en beneficios	Avant Specialty Benefits	866-996-0222	madixinc.simplybook.me/v2/	N/C
Plan médico	BCBSTX	800-521-2227	bcbstx.com	Envíe el mensaje de texto BCBSTXAPP al 33633 o busque BCBSTX*
Asesor de valor de beneficios	Asesor de valor de beneficios	800-521-2227	bcbstx.com/member/online-account	Envíe el mensaje de texto BCBSTXAPP al 33633 o busque BCBSTX*
Telemedicina	MDLive	888-680-8646	MDLIVE.com/BCBSTX	Busque MDLive
Farmacia	CVS/Caremark	800-334-8134	caremark.com	Busque CVS Caremark*
Dental	MetLife	800-ASK-4-MET (800-275-4638)	mybenefits.metlife.com	Busque MetLife US*
Visión	EyeMed	866-804-0982	eyemed.com	Busque EyeMed Members*
Seguro básico y complementario de vida y AD&D	Equitable	866-274-9887	equitable.com	Busque la aplicación móvil Equitable*
Discapacidad	Equitable	866-274-9887	equitable.com	Busque la aplicación móvil Equitable*
Seguro contra accidentes, enfermedades graves e indemnización hospitalaria	Equitable	866-274-9887	equitable.com	Busque la aplicación móvil Equitable*
Plan de jubilación 401(k)	Fidelity Investments	800-835-5097	401k.com	Busque Fidelity Investments**
Programa de asistencia para empleados	Magellan	800-327-1393	member.magellanhealthcare.com	Busque Magellan Health Services*
Robo de identidad	LifeLock Benefit Solutions	800-607-9174	lifelock.com	Busque LifeLock for Norton 360*
Educación sobre Medicare	Medicare Choice Group	214-393-6471	visit.medicarechoicegroup.com/madixinc	N/C
COBRA	WEX	800-519-8366	cobralogin.wexhealth.com/	N/C
Workday	RR. HH.	*	wd12.myworkday.com/madixinc	Workday: madixinc

*En la App Store o Google Play **En la App Store, Google Play o Amazon

AVISOS OBLIGATORIOS

Opciones de cobertura del mercado de seguros médicos y su cobertura médica

PARTE A: INFORMACIÓN GENERAL

Aun si le ofrecen cobertura médica a través de su empleo, podría tener otras opciones de cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos (el "Mercado"). Para ayudarle a evaluar las opciones para usted y su familia, este aviso proporciona información básica sobre el Mercado de Seguros Médicos y la cobertura médica que se ofrece a través de su empleo.

¿Qué es el Mercado de Seguros Médicos?

El Mercado está diseñado para ayudarle a encontrar un seguro médico que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El Mercado ofrece una "ventanilla única" para encontrar y comparar opciones de seguros médicos privados en su área geográfica.

¿Puedo ahorrar dinero en mis primas de seguro médico en el Mercado?

Es posible que califique para ahorrar dinero y reducir su prima mensual y otros costos de bolsillo, pero solo si su empleador no ofrece cobertura, u ofrece una cobertura que no se considera asequible para usted y no cumple con ciertos estándares de valor mínimo (que se analizan a continuación). Los ahorros para los que usted es elegible dependen de los ingresos de su hogar. También puede ser elegible para un crédito fiscal que reduzca sus costos.

¿La cobertura médica basada en el empleo afecta la elegibilidad para los ahorros en primas a través del Mercado?

Sí. Si tiene una oferta de cobertura médica de su empleador que se considera asequible para usted y cumple con ciertos estándares de valor mínimo, no será elegible para un crédito fiscal o pago por adelantado del crédito fiscal, para su cobertura del Mercado y es posible que desee inscribirse en su plan médico basado en el empleo. Sin embargo, usted podría ser elegible para un crédito fiscal y pagos anticipados del crédito que reducen su prima mensual, o una reducción en ciertos costos compartidos, si su empleador no le ofrece cobertura alguna o no le ofrece una cobertura que se considere asequible para usted o que cumpla con los estándares de valor mínimo. Si su parte del costo de la prima de todos los planes que se le ofrecen a través de su empleo es más del 10.22%¹ de sus ingresos familiares anuales, o si la cobertura a través de su empleo no cumple con el estándar de "valor mínimo" establecido por la Ley de Atención Médica Asequible, puede ser elegible para un crédito fiscal y para un pago anticipado del crédito, si no se inscribe en la cobertura médica basada en el empleo. Para los familiares del empleado, la cobertura se considera asequible si el costo de las primas para el empleado del plan más económico que cubriría a todos los familiares no supera el 10.22% de los ingresos familiares del empleado.^{1 2}

Nota: Si adquiere un plan médico a través del Mercado en lugar de aceptar la cobertura médica ofrecida a través de su empleo, entonces puede perder el acceso a lo que el empleador aporta a la cobertura basada en el empleo. Además, este aporte del empleador, así como su aporte de empleado a la cobertura basada en el empleo, por lo general, es excluido de los ingresos a efectos del impuesto a la renta estatal y federal. Sus pagos por cobertura a través del Mercado se efectúan después de impuestos. Además, tenga en cuenta que, si la cobertura médica ofrecida a través de su empleo no cumple con los estándares de asequibilidad o valor mínimo, pero usted acepta esa cobertura de todos modos, no será elegible para un crédito fiscal. Debe considerar todos estos factores para determinar si adquiere un plan médico a través del Mercado.

¿Cuándo puedo inscribirme en la cobertura de seguro médico a través del Mercado?

Puede inscribirse en un plan de seguro médico del Mercado durante el período de inscripción abierta anual del Mercado. La inscripción abierta varía según el estado, pero generalmente empieza el 1 de noviembre y continúa al menos hasta el 15 de diciembre.

Fuera del período de inscripción abierta anual, puede inscribirse en un seguro médico si califica para un período de inscripción especial. En general, usted califica para un período de inscripción especial si ha experimentado ciertos eventos de vida habilitantes, como casarse, tener un bebé, adoptar un hijo o perder la elegibilidad para otra cobertura médica. Dependiendo del tipo de período de inscripción especial, es posible que disponga de 60 días antes o 60 días después del evento de vida habilitante para inscribirse en un plan del Mercado.

También hay un período de inscripción especial en el Mercado para las personas y sus familias que hubiesen perdido su elegibilidad para la cobertura de Medicaid o de un Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024. Desde el inicio de la emergencia de salud pública por COVID-19 a nivel nacional, las agencias estatales de Medicaid y CHIP generalmente no han cancelado la inscripción de ningún beneficiario de Medicaid o CHIP que estaba inscrito entre el 18 de marzo de 2020 y el 31 de marzo de 2023. A medida que las agencias estatales de Medicaid y CHIP reanudan sus prácticas habituales en cuanto a elegibilidad e inscripción, es posible que muchas personas dejen de ser elegibles para la cobertura de Medicaid o CHIP, tan pronto como a partir del 31 de marzo de 2023. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. está **ofreciendo un período de Inscripción especial temporal en el Mercado de Seguros para que estas personas puedan inscribirse en la cobertura del Mercado**. Además, si usted o sus familiares están inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP, es importante que se

asegure de que su información de contacto está actualizada para garantizar que reciba cualquier información sobre cambios en su elegibilidad.

Para obtener más información, visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) o llame al Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-889-4325.

¿CUÁLES SON LAS ALTERNATIVAS A LA COBERTURA DEL MERCADO DE SEGUROS MÉDICOS?

Si usted o su familia son elegibles para la cobertura de un plan médico basado en el empleo (como un plan médico patrocinado por el empleador), usted o su familia también pueden ser elegibles para un período de inscripción especial para inscribirse en ese plan médico en ciertas circunstancias, incluyendo si usted o sus dependientes estaban inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP y perdieron esa cobertura. Por lo general, tiene 60 días después de la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP para inscribirse en un plan médico basado en el empleo, pero si usted y su familia perdieron la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o CHIP entre el 31 de marzo de 2023 y el 10 de julio de 2023, puede solicitar esta inscripción especial en el plan médico basado en el empleo hasta el 8 de septiembre de 2023. Confirme la fecha límite con su empleador o con el plan médico basado en el empleo.

Alternativamente, puede inscribirse en la cobertura de Medicaid o CHIP en cualquier momento completando una solicitud a través del Mercado o solicitándolo directamente a través de la agencia de Medicaid de su estado. Visite [healthcare.gov/medicaid-chip/getting-medicaid-chip](https://www.healthcare.gov/medicaid-chip/getting-medicaid-chip) para obtener más detalles.

¿CÓMO PUEDO OBTENER MÁS INFORMACIÓN?

Para obtener más información sobre la cobertura que le ofrece su empleo, consulte la descripción resumida del plan médico o comuníquese con Recursos Humanos. El Mercado puede ayudarle a evaluar sus opciones de cobertura, incluyendo su elegibilidad para la cobertura a través del Mercado y su costo. Visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) para obtener más información, incluyendo una solicitud en línea para la cobertura de seguro médico y la información de contacto de un Mercado de Seguros Médicos en su área.

Si tiene preguntas o quejas, comuníquese con:

Eric Henderson
Director de Recursos Humanos
500 Airport Road, Terrell, TX 75160
ehenderson@madixinc.com

PARTE B: INFORMACIÓN SOBRE LA COBERTURA MÉDICA OFRECIDA POR SU EMPLEADOR

Esta sección contiene información sobre cualquier cobertura médica que ofrece su empleador. Si decide completar una solicitud de cobertura en el Mercado, se le pedirá que proporcione la siguiente información. Esta información está numerada para que se corresponda con la solicitud del Mercado.

Nombre del empleador: Madix, Inc.

Dirección del empleador: 500 Airport Road

Ciudad: Terrell

Estado: TX

Código postal: 75160

Número de identificación del empleador (EIN): 75-1094810

Número de teléfono del empleador: (214) 515-5400

¿A quién podemos contactar sobre la cobertura médica de los empleados en este trabajo? Recursos Humanos, Eric Henderson, Joaquín García

A continuación, se presenta información básica sobre la cobertura médica que ofrece este empleador:

Como su empleador, ofrecemos un plan médico a todos los empleados a tiempo completo. Los empleados elegibles son los empleados a tiempo completo que trabajan al menos 30 horas por semana. Con respecto a los dependientes, sí ofrecemos cobertura. Los dependientes elegibles son su cónyuge con quien está legalmente casado, un hijo menor de la edad límite indicada en su tabla de cobertura, un hijo de su hijo que sea su dependiente a efectos del impuesto federal sobre la renta al momento de presentar la solicitud de cobertura del hijo, y cualquier otro hijo incluido como dependiente elegible en el plan.

Si está marcada, esta cobertura cumple con el estándar de valor mínimo, y el costo de esta cobertura para usted tiene la intención de ser asequible, en base a los salarios de los empleados.

**Incluso si su empleador tiene la intención de que su cobertura sea asequible, usted todavía puede ser elegible para un descuento en la prima a través del Mercado. El Mercado se basará en sus ingresos familiares, junto con otros factores, para determinar si usted podría resultar elegible para un descuento en la prima. Si, por ejemplo, su salario varía de semana en semana (tal vez usted es un empleado por hora o trabaja a comisión), si usted es un empleado recién contratado a mediados de año, o si tiene otras pérdidas de ingresos, todavía puede calificar para un descuento en la prima.

Si decide adquirir cobertura en el Mercado, www.healthcare.gov le guiará a través del proceso.

¹ Indexado anualmente; consulte en [irs.gov/pub/irs-drop/rp-22-34.pdf](https://www.irs.gov/pub/irs-drop/rp-22-34.pdf) para 2023.

² Un plan médico patrocinado por el empleador o basado en el empleo cumple con el "estándar de valor mínimo" si la parte del plan que cubre los costos totales permitidos de beneficios no es inferior al 60% de dichos costos. Para fines de elegibilidad para el crédito fiscal de la prima, para cumplir con el "estándar de valor mínimo", el plan médico también debe proporcionar una cobertura sustancial tanto de servicios de atención hospitalaria como de los servicios médicos.

Aviso de inscripción especial

Este aviso se proporciona para garantizar que usted comprenda su derecho a solicitar una cobertura médica grupal. Debe leer este aviso incluso si planea renunciar a la cobertura médica en este momento.

PÉRDIDA DE OTRA COBERTURA

Si rechaza la cobertura para usted o sus dependientes (incluyendo a su cónyuge) debido a la cobertura de otro seguro médico o plan médico grupal, es posible que pueda inscribirse usted y a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de aportar a su otra cobertura o a la de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores a la finalización de su cobertura o la de sus dependientes (o posteriores a la fecha en que el empleador deje de hacer aportes a la otra cobertura).

Ejemplo: Usted renunció a la cobertura bajo este Plan porque estaba cubierto por un plan ofrecido por el empleador de su cónyuge. Su cónyuge deja de trabajar. Si notifica a su empleador dentro de los 30 días posteriores a la fecha de finalización de la cobertura, es posible que usted y sus dependientes elegibles soliciten cobertura en virtud de este Plan.

MATRIMONIO, NACIMIENTO O ADOPCIÓN

Si tiene un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, podrá inscribirse usted y a sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento o colocación para adopción.

Ejemplo: Cuando usted fue contratado, era soltero y optó por no elegir los beneficios del seguro médico. Un año después, contrae matrimonio. Usted y sus dependientes elegibles tienen derecho a inscribirse en este Plan. Sin embargo, debe solicitarlo dentro de los 30 días a partir de la fecha de su matrimonio.

MEDICAID O CHIP

Si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para la cobertura en virtud de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP), o pasan a ser elegibles para un subsidio de asistencia para el pago de primas en virtud de Medicaid o CHIP, es posible que usted y sus dependientes puedan inscribirse. Para ello, deberá solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP o a la determinación de elegibilidad para recibir un subsidio de asistencia para el pago de primas.

Ejemplo: Cuando usted fue contratado, sus hijos recibieron cobertura médica a través de CHIP y usted no los inscribió en este Plan. Debido a los cambios en sus ingresos, sus hijos ya no son elegibles para la cobertura de CHIP. Es posible que pueda inscribirlos en este plan si presenta la solicitud dentro de los 60 días posteriores a la fecha en que perdieron la cobertura de CHIP.

PARA MÁS INFORMACIÓN O ASISTENCIA

Si tiene preguntas o quejas, comuníquese con:

Eric Henderson
Director de Recursos Humanos
500 Airport Road, Terrell TX 75160
ehenderson@madixinc.com

El siguiente Aviso de privacidad de HIPAA se aplica a los planes que crean, reciben o tienen acceso a la PHI de los miembros, ya sean autoasegurados o con seguro integral.

Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Este aviso describe:

- *Cómo se puede utilizar y divulgar su información médica*
- *Sus derechos con respecto a su información médica*
- *Cómo presentar una queja sobre una violación de la privacidad o seguridad de su información médica, o de sus derechos con respecto a su información*

Tiene derecho a recibir una copia de este aviso (en formato impreso o electrónico) y a consultarlo con el departamento de Recursos Humanos de Madix si tiene alguna pregunta.

Por favor, léalo detenidamente.

SUS DERECHOS

Tiene derecho a:

- Dar su consentimiento para la mayoría de los usos y divulgaciones de su información médica
- Obtener una copia de sus registros de salud y reclamos
- Corregir sus registros de salud y reclamos
- Solicitar comunicación confidencial
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos
- Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información
- Obtener una lista de los proveedores de atención médica que hayan recibido su información a través de determinados terceros
- Obtener una copia de este aviso de privacidad
- Elegir con anticipación si desea recibir comunicaciones relacionadas con actividades de recaudación de fondos
- Hablar sobre este aviso con alguien de nuestro programa
- Elegir a alguien para que actúe en su nombre
- Presentar una queja si considera que se han vulnerado sus derechos de privacidad

SUS OPCIONES

Con su consentimiento, podemos utilizar y compartir su información para:

- Brindarle tratamiento
- Dirigir nuestra organización
- Facturar por nuestros servicios

- Atender sus solicitudes de compartir información (con su consentimiento)
- Evitar múltiples inscripciones en el programa
- Informar sobre tratamientos derivados por orden judicial
- Informar a los programas de monitoreo de medicamentos con receta

NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES

Podemos utilizar y compartir su información sin su consentimiento para:

- Ayudar a administrar el tratamiento de atención médica que recibe
- Dirigir nuestra organización
- Pagar sus servicios de salud
- Administrar su plan médico
- Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad
- Para sus emergencias médicas
- Investigar
- Cumplir con la ley
- Responder las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un médico forense o director de funeraria
- Atender asuntos relacionados con la compensación laboral, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales
- Respondemos a demandas o acciones legales
- Colaborar en las investigaciones sobre la causa de la muerte
- Comunicarse dentro de nuestro programa y con los contratistas
- Responder a auditorías administrativas y financieras y a evaluaciones de programas
- Prevenir o reducir la delincuencia en nuestro programa

En estas circunstancias, debemos proteger su información y limitar la forma en que la utilizamos y compartimos

SUS DERECHOS

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

Obtener una copia de los registros de salud y reclamos

- Usted puede solicitar ver u obtener una copia de sus registros de salud y reclamos, así como de otra información médica que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le brindaremos una copia o un resumen de sus registros de salud y reclamos, generalmente, antes de que transcurran 30 días de su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable en función de los costos.

Solicitar que corrijamos sus registros de salud y reclamos

- Puede solicitarnos que corrijamos sus registros de salud y reclamos si considera que son incorrectos o están incompletos. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Es posible que rechacemos su solicitud, pero le diremos el motivo por escrito dentro de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, al teléfono de su casa o de su oficina) o que le enviemos correspondencia a una dirección diferente.
- Consideraremos todas las solicitudes razonables y debemos decir "sí" si nos indica que correría peligro si no lo hiciéramos

Dar su consentimiento cuando utilicemos o compartamos su información para la mayoría de los fines

- Puede otorgar un único consentimiento para todos los usos o divulgaciones futuros con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

Solicítenos que limitemos lo que usamos o compartimos

- Puede solicitarnos que no utilicemos ni compartamos cierta información médica para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica después de haber dado su consentimiento para todos esos fines. No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos rechazarla si, por ejemplo, esta pudiera afectar a su atención. Si aceptamos su solicitud, aún podríamos compartir esta información en caso de que necesite tratamiento de emergencia.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud, y es posible que la rechacemos si esto afecta su tratamiento.
- Si paga de su bolsillo el costo total de un servicio o artículo de atención médica, puede solicitarnos que no compartamos esa información con su aseguradora médica para fines de pago o de nuestras operaciones de atención médica. Diremos que "sí", a menos que una ley nos exija compartir dicha información

Obtener una lista de las personas con las cuales hemos compartido la información

- Puede solicitar una lista (un registro) de las ocasiones en que hemos compartido su información médica durante los seis años anteriores a la fecha de su solicitud, así como con quién la compartimos y por qué.

Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre tratamiento, pagos y operaciones de atención médica, y ciertas otras divulgaciones (como cualquiera que usted nos haya solicitado hacer). Suministraremos una contabilización por año de manera gratuita, pero cobraremos una tarifa razonable con base en los costos si usted solicita otra antes de que transcurran 12 meses.

Obtenga una copia de este aviso de privacidad

Usted puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha accedido a recibirlo electrónicamente. Le proporcionaremos una copia impresa de manera oportuna.

Hablar sobre este aviso con alguien de nuestro programa

Puede hacer preguntas u obtener más información sobre este aviso y nuestras prácticas de privacidad llamando o enviando un correo electrónico a la persona de contacto que figura en la parte superior de este aviso.

Elegir por adelantado sobre la recaudación de fondos

Tiene derecho a recibir un aviso claro y visible con anticipación y a elegir si desea recibir comunicaciones de recaudación de fondos de nuestro programa.

Elegir a alguien para que actúe en su nombre

- Si le ha otorgado a alguien un poder notarial para asuntos médicos o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

Con su consentimiento, también podemos utilizar y compartir su información de las siguientes maneras:

- A quien usted designe en un consentimiento para compartir su información
- Para evitar múltiples inscripciones en programas de tratamiento de abstinencia o de mantenimiento
- Informar sobre la participación en el tratamiento requerido por el sistema de justicia penal
- Informar sobre los medicamentos con receta para el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias a un programa estatal de control de medicamentos con receta cuando lo exija la ley

Presentar una queja si considera que se han vulnerado sus derechos

- Puede presentar una queja si considera que hemos vulnerado sus derechos, comunicándose con nosotros utilizando la información de la página 1.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

SUS OPCIONES

Para cierta información médica, puede decirnos sus opciones respecto a lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara sobre la manera en que debemos compartir su información en las situaciones descritas a continuación, comuníquese con nosotros. Díganos qué desea que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de decirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su atención
- Compartamos información en una situación de ayuda en caso de desastre

Si usted no puede informarnos sobre sus preferencias porque, por ejemplo, no está consciente, nosotros compartiremos su información si creemos que es lo mejor para usted. También podremos compartir su información cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.

En estos casos, nunca compartimos su información a menos que usted nos brinde permiso por escrito:

- Fines de marketing
- Venta de su información

NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES

¿Cómo usamos o compartimos habitualmente su información médica?

Normalmente, usamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

Ayudamos a administrar el tratamiento de atención médica que recibe

Podemos usar su información médica y compartirla con los profesionales que lo están tratando.

Ejemplo: Un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos organizar servicios adicionales.

Dirigimos nuestra organización

- Podemos utilizar y divulgar su información para dirigir nuestra organización y comunicarnos con usted cuando sea necesario.
- No podemos utilizar información genética para decidir si le brindaremos cobertura ni para determinar el precio de dicha cobertura. Esto no se aplica a los planes de atención a largo plazo.

Ejemplo: Utilizamos su información médica para desarrollar mejores servicios para usted.

Ejemplo 2: Un médico que le trata por una afección crónica le pregunta a un médico de nuestro programa sobre su estado de salud y los medicamentos que está tomando, por ejemplo, para evitar complicaciones

Facturación y pago de sus servicios de salud

Podemos utilizar y divulgar su información médica al facturar o pagar sus servicios de salud.

Ejemplo: Compartimos información sobre usted con su plan dental para coordinar el pago de su tratamiento dental.

Administrar su plan

Es posible que divulguemos su información médica al patrocinador de su plan médico para la administración del plan.

Ejemplo: Su empresa nos contrata para proporcionar un plan médico y nosotros le proporcionamos a su empresa ciertas estadísticas para explicar las primas que cobramos.

¿De qué otra manera utilizamos o compartimos su información médica?

Se nos permite o se nos exige compartir su información de otras maneras, por lo general de maneras que contribuyen al bien público, como la salud pública y la investigación. Debemos cumplir ciertas condiciones legales antes de poder compartir información para estos fines. Para más información, consulte:

<https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/guidance-materials-for-consumers/index.html>

Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad

Podemos compartir información médica sobre usted en determinadas situaciones, como:

- Prevenir enfermedades
- Ayudar con el retiro de productos
- Informar reacciones adversas a los medicamentos
- Informar supuestos abusos, negligencias o violencia doméstica, solo cuando lo exija la ley aplicable
- Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o seguridad de cualquier persona

Para sus emergencias médicas

Podemos compartir su información durante una emergencia médica de buena fe con el personal y los proveedores de atención médica que respondan a su emergencia, incluso cuando usted no pueda dar su consentimiento debido a la emergencia

Investigar

Podemos usar o compartir su información para investigaciones de salud. Los investigadores no pueden incluir ninguna información que permita identificar al paciente en sus informes sobre la investigación.

Cumplir con la ley

Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quiere ver que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

Respondemos las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajamos con un médico forense o director de funeraria.

- Podemos compartir información médica sobre usted con organizaciones de búsqueda de órganos.
- Podemos compartir información médica con un médico forense, un examinador médico o un director de funeraria cuando una persona fallece.

Atender asuntos relacionados con la compensación laboral, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales

Podemos utilizar o compartir su información médica:

- Para los reclamos de compensación laboral
- Para fines de cumplimiento con la ley o con un funcionario de orden público
- Con agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por ley
- Para funciones gubernamentales especiales como las militares, seguridad nacional y servicios de protección presidencial

Procedimientos legales y procesos jurídicos

Podemos utilizar o compartir su información médica según lo permita o exija la ley al responder a procedimientos legales. Esto incluye divulgaciones en respuesta a una orden judicial válida, una orden de registro, una citación u otro proceso legal, de conformidad con las reglas de HIPAA para procedimientos judiciales y administrativos (45 CFR §164.512(e)) y solicitudes de las fuerzas del orden (45 CFR §164.512(f)). Cuando respondemos a solicitudes legales, divulgamos solo la información requerida y cumplimos con todas las condiciones y limitaciones impuestas por HIPAA.

Comunicarse dentro de nuestro programa y con los contratistas

Podemos compartir su información dentro de nuestro programa, con una organización que tenga el control administrativo de nuestro programa y con contratistas que nos ayudan a gestionarlo.

Responder a auditorías administrativas y financieras y a evaluaciones de programas

Podemos utilizar o compartir su información para mejorar la calidad de nuestros servicios, obtener las credenciales necesarias y cooperar con los organismos de supervisión para las actividades autorizadas por la ley, siempre y cuando quienes vean o reciban la información se comprometan a destruirla o devolverla una vez que hayan terminado de utilizarla y se comprometan a no usarla en su contra.

Divulgación de la aplicación de la ley

Podemos divulgar información a las autoridades policiales si creemos, de buena fe, que es evidencia de un crimen que ocurrió en nuestras instalaciones o para denunciar ciertos delitos durante una emergencia médica que no ocurrió en nuestras instalaciones. En estas situaciones, solo divulgaremos lo que la ley permita en estos casos.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES

- Estamos obligados a obtener su consentimiento para la mayoría de los usos y la divulgación de su información.
- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produce una filtración que pueda comprometer la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir con las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y le proporcionaremos una copia de este.
- No utilizaremos ni compartiremos información de forma diferente a la descrita aquí a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos da su autorización, podrá cambiar de opinión en cualquier momento. Infórmenos por escrito si cambia de idea.

Para obtener más información, consulte: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

CAMBIOS EN LOS TÉRMINOS DE ESTE AVISO

Podemos cambiar los términos de este aviso y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible previa solicitud, en nuestro sitio web y le enviaremos una copia por correo.

Aviso importante de Madix sobre su cobertura de medicamentos con receta y Medicare

Por favor, lea este aviso con mucha atención y guárdelo en un lugar seguro. Este aviso contiene información sobre su actual cobertura de medicamentos con receta con Madix y sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Esta información puede ayudarle a decidir si desea o no inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si está pensando en inscribirse, debería comparar su cobertura actual, incluyendo qué medicamentos están cubiertos y a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos con receta de Medicare dentro de su zona. Al final de este aviso encontrará información sobre dónde obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos con receta.

Hay dos cosas importantes que debe saber sobre su cobertura actual y la cobertura de medicamentos con receta de Medicare:

1. **La cobertura de medicamentos con receta de Medicare está disponible desde 2006 para todos los que tengan Medicare. Puede obtener esta cobertura en caso de inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare o a un plan de Medicare Advantage (similar a HMO o PPO) que ofrezca cobertura para medicamentos con receta. Todos los planes de medicamentos de Medicare proporcionan al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.**

2. **Madix ha determinado que la cobertura de medicamentos con receta ofrecida por nuestros planes básico y complementario, en promedio para todos los participantes del plan, se espera que pague tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare y por lo tanto se considera una cobertura acreditable. Debido a que su cobertura actual es Cobertura Acreditable, usted puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (recargo) si posteriormente decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.**

¿Cuándo puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

Puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare cuando sea elegible para Medicare por primera vez y cada año del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Sin embargo, si pierde su actual cobertura acreditable de medicamentos con receta, sin mediar culpa de su parte, también será elegible para un Período de Inscripción Especial (SEP) de dos (2) meses para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

¿Qué sucede con su cobertura actual si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura actual se verá afectada.

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y cancelar su cobertura actual de Madix, tenga en cuenta que ni usted ni sus dependientes podrán recuperar dicha cobertura.

¿Cuándo pagará una prima (recargo) más alta por inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

También debe saber que si abandona o pierde su cobertura actual con Madix y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días continuos siguientes a la finalización de su cobertura actual, puede pagar una prima más alta (un recargo) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si pasa 63 días continuos o más sin cobertura acreditable de medicamentos con receta, su prima mensual puede aumentar por lo menos en 1% de la prima básica del beneficiario de Medicare por mes por cada mes que no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima puede ser consistentemente al menos 19% más alta que la prima básica del beneficiario de Medicare. Es posible que tenga que pagar esta prima más alta (un recargo) siempre y cuando tenga cobertura de medicamentos con receta de Medicare. También es posible que tenga que esperar hasta el siguiente mes de octubre para inscribirse.

Para obtener más información sobre este Aviso o sobre su actual cobertura de medicamentos con receta...

Comuníquese con el Centro de beneficios de Madix al 214-515-5400 para obtener mayor información. **NOTA:** Recibirá este aviso cada año. También lo recibirá antes del próximo período en que pueda inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y si esta cobertura cambia a través de Madix. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para obtener más Información sobre sus opciones con la cobertura de medicamentos con receta de Medicare...

En el manual "Medicare y usted", encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos con receta. Cada año, Medicare le enviará por correo una copia del

manual. También podría ser contactado directamente por los planes de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos con receta de Medicare:

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

Si usted tiene recursos e ingresos limitados, hay disponible asistencia adicional para pagar un plan de medicamentos con receta de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite el sitio web del Seguro Social en www.socialsecurity.gov, o llámelos al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Recuerde: Guarde este aviso de cobertura acreditable. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que deba presentar una copia de este aviso cuando se inscriba para demostrar si ha mantenido o no una cobertura acreditable y, por lo tanto, si debe o no pagar una prima más alta (un recargo).

Fecha: 1/10/2026

Nombre de la entidad/Remitente: Eric Henderson

Contacto--Puesto/Oficina: Departamento de Beneficios de Madix

Dirección: 500 Airport Road, Terrell TX 75160

Número de teléfono: 214-515-5400

Cobertura de continuación de COBRA y otras coberturas médicas alternativas

Introducción

Usted recibe este aviso porque obtuvo cobertura recientemente en virtud de un plan médico grupal (el Plan). Este aviso contiene información importante sobre su derecho a cobertura de continuación de COBRA, que es una extensión provisoria de la cobertura del Plan. **Este aviso explica la cobertura de continuación de COBRA, cuándo podría estar disponible para usted y su familia y qué debe hacer para proteger su derecho a ella.** Cuando usted pasa a ser elegible para COBRA, también podría ser elegible para otras opciones de cobertura que podrían costar menos que la cobertura de continuación de COBRA.

El derecho a la cobertura de continuación de COBRA fue creado por una ley federal, la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) de 1985. La cobertura de continuación de COBRA puede estar disponible para usted y otros integrantes de su familia cuando de otro modo terminaría la cobertura médica grupal. Para obtener más información sobre sus derechos y obligaciones en virtud del Plan y de la ley federal, debe revisar el Resumen de la Descripción del Plan o comunicarse con el Administrador del Plan.

Es posible que disponga de otras opciones al perder la cobertura médica grupal. Por ejemplo, puede resultar elegible para adquirir un plan individual a través del Mercado de seguros médicos. Al inscribirse en cobertura a través del Mercado, podría calificar para

costos más bajos en sus primas mensuales y costos de bolsillo más bajos. Además, podría calificar para un período de inscripción especial de 30 días en otro plan médico grupal para el cual fuera elegible (como un plan de cónyuge), incluso si ese plan no aceptase generalmente inscripciones fuera de término.

¿QUÉ ES LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE COBRA?

La cobertura de continuación de COBRA es una continuación de la cobertura del Plan que de otro modo finalizaría debido a un evento de vida. También se lo conoce como "evento habilitante". Más adelante en el presente aviso se enumeran los eventos habilitantes específicos. Después de un evento habilitante, se debe ofrecer la cobertura de continuación de COBRA a cada persona que sea un "beneficiario admitido". Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían ser beneficiarios admitidos si la cobertura en virtud del Plan se perdiera debido al evento habilitante. En el marco del Plan, los beneficiarios admitidos que elijan la cobertura de continuación de COBRA deben pagar por ella.

Si usted es empleado, será un beneficiario admitido si pierde su cobertura en virtud del Plan debido a los siguientes eventos habilitantes:

- Se reducen sus horas de trabajo, o
- Su empleo termina por cualquier motivo que no sea por mala conducta alevosa de su parte.

Si usted es cónyuge de un empleado, será un beneficiario admitido si pierde su cobertura en virtud del Plan debido a los siguientes eventos habilitantes:

- Fallece su cónyuge;
- Se reducen las horas de trabajo de su cónyuge;
- El empleo de su cónyuge termina por cualquier motivo que no sea por mala conducta alevosa de su parte;
- A su cónyuge le corresponden derechos a los beneficios de Medicare (en virtud de la Parte A, Parte B, o ambas); o
- Usted se divorcia o separa legalmente de su cónyuge.

Sus hijos dependientes pasarán a ser beneficiarios admitidos cuando pierdan la cobertura del Plan debido a cualquiera de los siguientes eventos habilitantes:

- Muere el empleado que es padre-madre de ese dependiente;
- Se reducen las horas de trabajo del empleado que es padre-madre de ese dependiente;
- El empleo del empleado que es padre-madre de ese dependiente termina por cualquier motivo que no sea por mala conducta alevosa de su parte;
- El empleado que es padre-madre de ese dependiente pasa a tener derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas);
- Los padres se divorcian o se separan legalmente; o
- El hijo deja de ser elegible para la cobertura del Plan como "hijo dependiente".

¿CUÁNDO ESTÁ DISPONIBLE LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE COBRA?

El Plan ofrecerá la cobertura de continuación de COBRA a beneficiarios admitidos solo después de que se haya notificado al Administrador del plan sobre la ocurrencia de un evento habilitante. El empleador debe notificar al Administrador del Plan los siguientes eventos habilitantes:

- La finalización del empleo o la reducción de horas de trabajo;
- La muerte del empleado;
- La circunstancia en la cual el empleado pasa a tener derecho a los beneficios de Medicare (en virtud de la Parte A, Parte B o ambas).

Para todos los demás eventos habilitantes (divorcio o separación legal del empleado y cónyuge o pérdida de elegibilidad de un hijo dependiente para cobertura como hijo dependiente), usted debe notificar al Administrador del Plan dentro de los 60 días del evento habilitante. Este aviso debe enviarse a Recursos Humanos.

¿CÓMO SE PROPORCIONA LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE COBRA?

Una vez que el Administrador del plan reciba aviso sobre un evento habilitante, se ofrecerá la continuación de cobertura de COBRA a cada uno de los beneficiarios admitidos. Cada beneficiario admitido tendrá un derecho independiente a elegir la cobertura de continuación de COBRA. Los empleados cubiertos podrán elegir cobertura de continuación de COBRA en nombre de sus cónyuges y los padres podrán elegir cobertura de continuación de COBRA en nombre de sus hijos.

La cobertura de continuación de COBRA es una continuación provisoria de cobertura que suele durar 18 meses debido al cese de empleo o la reducción de las horas de trabajo. Ciertos eventos habilitantes, o un segundo evento habilitante durante el período de cobertura inicial, podrían permitir que un beneficiario reciba un máximo de 36 meses de cobertura.

También hay maneras en las que se puede ampliar este período de 18 meses de cobertura de continuación de COBRA:

Extensión del período de 18 meses de cobertura de continuación de COBRA por discapacidad

Si la Administración del Seguro Social determina que usted o cualquier integrante de su familia cubierto por el Plan sufre una discapacidad y usted notifica al Administrador del Plan de forma oportuna, usted y toda su familia podrían tener derecho a recibir hasta 11 meses adicionales de cobertura de continuación de COBRA, durante un máximo de 29 meses. La discapacidad tendría que haber comenzado en algún momento antes del día 60 de la cobertura de continuación de COBRA y debe durar por lo menos hasta el final del período de 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA.

Extensión del período de 18 meses de cobertura de continuación por segundo evento habilitante

Si su familia sufre otro evento habilitante durante los 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían tener hasta 18 meses más de cobertura de continuación de COBRA, hasta un máximo de 36 meses, toda vez que el segundo evento habilitante sea correctamente notificado al Plan. Esta extensión podrá estar disponible para el cónyuge y cualquier hijo dependiente que reciba la cobertura de continuación de COBRA si el empleado o el ex empleado falleciera; le correspondieran derechos a beneficios de Medicare (en virtud de la Parte A, Parte B, o ambas); se divorciara o se separara legalmente; o si el hijo dependiente dejara de

ser elegible en virtud del Plan como hijo dependiente. Esta extensión solo está disponible si el segundo evento habilitante habría causado que el cónyuge o hijo dependiente perdiera la cobertura en virtud del Plan si no hubiese ocurrido el primer evento habilitante.

¿PUEDO INSCRIBIRME EN MEDICARE EN LUGAR DE EN LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE COBRA DESPUÉS DE QUE TERMINE LA COBERTURA DE MI PLAN MÉDICO GRUPAL?

En general, si no se inscribe en la Parte A o B de Medicare cuando es elegible por primera vez porque todavía está empleado, después del período de inscripción inicial de Medicare, tiene un período de inscripción especial de 8 meses para inscribirse en la Parte A o B de Medicare, a partir de la primera de las siguientes fechas

- El mes posterior a la finalización de su empleo; o
- El mes posterior a la finalización de la cobertura del plan médico grupal basado en el empleo actual.

Si no se inscribe en Medicare y en su lugar elige la cobertura de continuación de COBRA, es posible que tenga que pagar un recargo por inscripción tardía en la Parte B y que tenga una interrupción en la cobertura si decide que quiere la Parte B más adelante. Si elige la cobertura de continuación de COBRA y luego se inscribe en la Parte A o B de Medicare antes de que termine la cobertura de continuación de COBRA, el Plan puede cancelar su cobertura de continuación. Sin embargo, si la Parte A o B de Medicare entra en vigencia en la fecha de la elección de COBRA o antes, la cobertura de COBRA no podrá interrumpirse a causa del derecho a Medicare, incluso si se inscribe en la otra parte de Medicare después de la fecha de la elección de la cobertura COBRA.

Si está inscrito tanto en la cobertura de continuación de COBRA como en Medicare, Medicare generalmente pagará primero (pagador primario) y la cobertura de continuación de COBRA pagará segundo. Algunos planes pueden pagar como si fueran secundarios a Medicare, incluso si no está inscrito en Medicare.

Para más información visite <https://www.medicare.gov/medicare-and-you>.

SI TIENE PREGUNTAS

Las preguntas relativas a los derechos de su Plan o a la cobertura de continuación de COBRA deberán dirigirse al contacto o los contactos que se identifican a continuación. Si desea obtener más información sobre los derechos que le corresponden en virtud de la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados (ERISA), incluyendo COBRA, la Ley de Protección al Paciente y de Atención Médica Asequible y otras leyes que rigen los planes médicos grupales, comuníquese con la Oficina Regional o Distrital más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (EBSA) del Departamento de Trabajo de EE.UU. en su área o visite www.dol.gov/ebsa. (Las direcciones y los números de teléfono de las Oficinas Distritales y Regionales de EBSA están disponibles en el sitio web de EBSA). Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov.

MANTENGA INFORMADO A SU PLAN SOBRE LOS CAMBIOS DE DOMICILIO

Para proteger los derechos de su familia, informe al Administrador del plan sobre cualquier cambio en las direcciones de los familiares. Además, deberá conservar una copia para sus registros de los avisos que envíe al Administrador del Plan.

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PLAN

Eric Henderson
Director de Recursos Humanos
500 Airport Road, Terrell TX 75160
ehenderson@madixinc.com

1. <https://www.medicare.gov/basics/get-started-with-medicare/sign-up/when-does-medicare-coverage-start>.

Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer

AVISO DE INSCRIPCIÓN

Si se ha sometido o va a someterse a una mastectomía, puede tener derecho a ciertos beneficios en virtud de la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer (WHCRA) de 1998. En el caso de las personas que reciben beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se proporcionará en la forma que se determine en la consulta con el médico tratante y la paciente, para:

- Todas las etapas de la reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para lograr un aspecto simétrico;
- Prótesis; y
- Tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema.

Estos beneficios se ofrecerán sujetos a los mismos deducibles y seguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados en el marco de este plan. Si desea más información sobre los beneficios de la WHCRA, comuníquese con el administrador de su plan.

AVISO ANUAL

¿Sabe que su plan, según lo exigido por la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer de 1998, proporciona beneficios para servicios relacionados con la mastectomía, incluyendo todas las etapas de reconstrucción y cirugía para lograr simetría entre los senos, prótesis y complicaciones que surjan a partir de una mastectomía, incluyendo linfedema? Llame al administrador de su plan para obtener más información.

Ley de Protección de la Salud de la Madre y el Recién Nacido

La Ley de Protección de la Salud de la Madre y el Recién Nacido (la Ley del Recién Nacido) proporciona protecciones para las madres y sus hijos recién nacidos en cuanto a la duración de sus hospitalizaciones tras el nacimiento.

Según la Ley del Recién Nacido, los planes médicos grupales no pueden restringir los beneficios para las madres o los recién nacidos por una hospitalización relacionada con el parto a menos de 48 horas después de un parto vaginal o 96 horas después de una cesárea. El período de 48 horas (o 96 horas) comienza al momento del parto, a menos que la mujer dé a luz fuera del hospital. En este caso, el plazo comienza a contar desde el momento de la admisión hospitalaria.

El proveedor de atención podrá decidir, después de consultar con la madre, dar de alta a la madre y/o a su hijo recién nacido antes de ese plazo. El proveedor de atención no puede recibir incentivos o desincentivos para dar el alta a la madre o a su hijo antes de 48 horas (o 96 horas).

Incluso si un plan ofrece beneficios por hospitalización relacionadas con el parto, la Ley del Recién Nacido solo se aplica a ciertas coberturas. Específicamente, depende de si la cobertura está "asegurada" por una aseguradora o una HMO o está "autoasegurada" por un plan del empleador. (Consulte la Descripción resumida del plan, el documento que describe los beneficios y derechos en virtud del plan, o comuníquese con el administrador del plan para averiguar si la cobertura relacionada con el parto está "asegurada" o "autoasegurada").

Las disposiciones de la Ley del Recién Nacido siempre se aplican a la cobertura que está autoasegurada. Si el plan proporciona beneficios por hospitalización relacionada con el parto y está asegurado, la aplicación de la ley dependerá de la legislación estatal. Muchos estados han promulgado sus propias versiones de la Ley del Recién Nacido para la cobertura asegurada. Si su estado tiene una ley que regula la cobertura para madres y recién nacidos que cumple con ciertos criterios y la cobertura es proporcionada por una aseguradora o una HMO, entonces se aplicará la legislación estatal.

Todos los planes médicos grupales que proporcionan cobertura de maternidad o atención a recién nacidos deben incluir en su Descripción resumida del plan una declaración que describa los requisitos las legislaciones federales o estatales aplicables al plan (o a cualquier cobertura de seguro médico ofrecida en virtud del plan) en relación con la duración de la hospitalización por parto de la madre o del recién nacido.

Para obtener más información, consulte las **Preguntas frecuentes** (FAQ) sobre la Ley de protección de la salud de la madre y el recién nacido.

Sus derechos y protecciones contra las 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 de la red, está protegido de la facturación sorpresa o facturación de saldo.

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

Cuando acude a un médico o a otro proveedor de servicios de salud, es posible que tenga que pagar costos de bolsillo como un copago, coseguro y/o deducible. Usted también podría tener otros costos o tener que pagar toda la factura si acude a un proveedor o a un centro médico que no está en la red de su plan médico.

"Fuera de la red" describe a proveedores y establecimientos que no tienen un contrato firmado con su plan médico. Los proveedores

fuera de la red podrían tener permitido facturarle la diferencia entre lo que su plan acordó pagar y el monto completo que le cobren por un servicio. A esto se llama **"facturación de saldo"**. Este monto es probablemente superior a los costos de la red por el mismo servicio y podría no contar para su límite anual de gastos de bolsillo.

"Facturación sorpresa" significa la factura inesperada de un saldo. Esto puede ocurrir cuando no puede controlar quién interviene en su atención, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una visita en un centro de la red, pero es atendido inesperadamente por un proveedor fuera de la red.

USTED ESTÁ PROTEGIDO DE LA FACTURACIÓN DE SALDO PARA:

Servicios de emergencia

Si tiene una afección médica de emergencia y recibe servicios de emergencia de un proveedor o centro fuera de la red, lo máximo que el proveedor o centro puede facturarle es el monto de la participación en los costos dentro de la red de su plan (como copagos y coseguros). No le pueden facturar ningún saldo por estos servicios de emergencia. Esto incluye servicios que podría recibir después de que está en una situación estable, a menos que dé su consentimiento escrito y renuncie a sus protecciones contra la facturación de saldos por estos servicios posteriores a la estabilización.

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

Cuando usted recibe servicios de un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, algunos proveedores pueden estar fuera de la red. En estos casos, lo máximo que le podrán facturar esos proveedores es el monto de reparto de costos dentro de la red de su plan. Esto aplica a servicios de medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, asistente de cirujano, hospitalista o intensivista. Estos proveedores **no pueden** facturarle el saldo y **no pueden** pedirle que renuncie a sus protecciones contra la facturación de saldos.

Si recibe otros servicios en estos centros 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 exigirá que renuncie a su protección de no facturación de saldo. Tampoco está obligado a recibir atención fuera de la red. Puede elegir un proveedor o centro de la red de su plan.

CUANDO NO SE PERMITA 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 el centro estuvieran dentro de la red). Su plan médico pagará directamente a los proveedores y centros fuera de la red.
- Su plan médico en general debe;
 - Cubrir los servicios de emergencia sin exigirle que obtenga aprobación previa para dichos servicios (autorización previa).
 - Cubrir servicios de emergencia a cargo de proveedores fuera de la red.
 - Basar lo que debe al proveedor o centro (costo compartido) en lo que pagaría a un proveedor o centro de la red y mostrar esa cantidad en su explicación de beneficios.

- Contar cualquier monto que pague por los servicios de emergencia o por los servicios fuera de la red como parte de su deducible y del límite de gastos de bolsillo.

Si cree que le han facturado incorrectamente, puede comunicarse con el Departamento de Beneficios de Madix.

Visite www.cms.gov/nosurprises/consumers para obtener más información sobre sus derechos conforme a la ley federal.

Asistencia para el pago de primas de acuerdo con Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y es elegible para la cobertura médica de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia para el pago de primas que puede ayudar a pagar la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no serán elegibles para estos programas de asistencia para el pago de las primas, pero es posible que puedan adquirir 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 enumerados a continuación, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para averiguar si hay asistencia con el pago de primas disponible.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP y cree que usted o alguno de sus dependientes podría ser elegible para alguno de estos programas, comuníquese con la oficina estatal de Medicaid o CHIP o llame al 1-877-KIDS NOW o visite www.insurekidsnow.gov para saber cómo presentar la solicitud. Si usted califica, pregunte a su estado si tiene un programa que pueda ayudarle a pagar las primas de un plan de empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir la asistencia para el pago de primas de Medicaid o CHIP, y también son elegibles en el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en su plan si usted todavía no lo estuviera. Esto se llama oportunidad de "inscripción especial", y usted debe solicitar cobertura dentro de los 60 días de haberse determinado su elegibilidad para recibir asistencia para el pago de primas.

Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo en www.askebsa.dol.gov o llame al 1-866-444-EBSA (3272).

Si vive en uno de los siguientes estados, puede ser elegible para recibir asistencia en el pago de primas del plan médico de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de enero de 2026. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre elegibilidad -

ESTADO	SITIO WEB/CORREO ELECTRÓNICO	TÉLEFONO
Alabama Medicaid	myalhipp.com	855-692-5447
Alaska Medicaid	Programa para el pago de primas: myakhipp.com Elegibilidad para Medicaid: health.alaska.gov/dpa Correo electrónico: customerservice@myakhipp.com	866-251-4861
Arkansas Medicaid	http://myarhipp.com	855-MyARHIPP (855-692-7447)
California Medicaid	dhcs.ca.gov/hipp Correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov	916-445-8322 916-440-5676 (fax)
Colorado Medicaid y CHIP	Medicaid: healthfirstcolorado.com CHIP: hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus HIBI: mycohibi.com	800-221-3943 Retransmisión 711 800-359-1991 Retransmisión 711 855-692-6442
Florida Medicaid	flmedicaidtprecovery.com/flmedicaidtprecovery.com/hipp/index.html	877-357-3268
Georgia Medicaid	HIPP: medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp CHIPRA: medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra	678-564-1162, presione 1 678-564-1162, presione 2
Indiana Medicaid	HIPP: https://www.in.gov/fssa/dfr/ Todos los demás Medicaid: in.gov/medicaid	800-403-0864 800-457-4584
Iowa Medicaid y CHIP	Medicaid: hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid CHIP: hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/iowa-health-link/hawki HIPP: hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/fee-service/hipp	800-338-8366 800-257-8563 888-346-9562
Kansas Medicaid	kancare.ks.gov	800-792-4884 HIPP: 800-967-4660
Kentucky Medicaid y CHIP	KI-HIPP: chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihhipp.aspx Correo electrónico de KI-HIPP: KIHIPPPROGRAM@ky.gov KCHIP: kynect.ky.gov Medicaid: chfs.ky.gov/agencies/dms	KI-HIPP: 855-459-6328 KCHIP: 877-524-4718
Luisiana Medicaid	ldh.la.gov/healthy-louisiana o www.ldh.la.gov/lahipp	Medicaid: 888-342-6207 LaHIPP: 855-618-5488
Maine Medicaid	Inscripción: mymaineconnection.gov/benefits Prima del seguro médico privado: maine.gov/dhhs/of/applications-forms	Inscripción: 800-442-6003 Private HIP: 800-977-6740 TTY/Retransmisión: 711
Massachusetts Medicaid y CHIP	mass.gov/masshealth/pa Correo electrónico: masspremassistance@accenture.com	800-862-4840 TTY/Retransmisión: 711
Minnesota Medicaid	mn.gov/dhs/health-care-coverage	800-657-3672
Misuri Medicaid	dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm	573-751-2005
Montana Medicaid	HIPP: dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Correo electrónico de HIPP: HSHIPPProgram@mt.gov	800-694-3084
Nebraska Medicaid	ACCESSNebraska.ne.gov	855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178
Nevada Medicaid	Medicaid: dhcfp.nv.gov	800-992-0900
Nuevo Hampshire Medicaid	dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Correo electrónico: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov	603-271-5218 o 800-852-3345, ext. 15218

ESTADO	SITIO WEB/CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO
Nueva Jersey Medicaid y CHIP	Medicaid: state.nj.gov/humanservices/dmahs/clients/medicaid CHIP: njfamilycare.org/index.html	Medicaid: 800-356-1561 Asistencia para el pago de primas de CHIP: 609-631-2392 CHIP: 800-701-0710 TTY/Retransmisión: 711
Nueva York Medicaid	health.ny.gov/health_care/medicaid	800-541-2831
Carolina del Norte Medicaid	medicaid.ncdhhs.gov	919-855-4100
Dakota del Norte Medicaid	hhs.nd.gov/healthcare	844-854-4825
Oklahoma Medicaid y CHIP	insureoklahoma.org	888-365-3742
Oregón Medicaid	healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx	800-699-9075
Pensilvania Medicaid y CHIP	Medicaid: pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html CHIP: dhs.pa.gov/CHIP/Pages/CHIP.aspx	Medicaid: 800-692-7462 CHIP: 800-986-KIDS (5437)
Rhode Island Medicaid y CHIP	eohhs.ri.gov	855-697-4347 o 401-462-0311 (Línea directa de Rlte)
Carolina del Sur Medicaid	scdhhs.gov	888-549-0820
Dakota del Sur Medicaid	dss.sd.gov	888-828-0059
Texas Medicaid	hhs.texas.gov/services/financial/health-insurance-premium-payment-hipp-program	800-440-0493
Utah Medicaid y CHIP	UPP: medicaid.utah.gov/upp/ Correo electrónico de UPP: upp@utah.gov Expansión para adultos: medicaid.utah.gov/expansion/ Programa de compra de Medicaid de Utah: medicaid.utah.gov/buyout-program/ CHIP: chip.utah.gov	UPP: 877-222-2542
Vermont Medicaid	dvha.vermont.gov/members/medicaid/hipp-program	800-250-8427
Virginia Medicaid y CHIP	coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs	Medicaid/CHIP: 800-432-5924
Washington Medicaid	hca.wa.gov	800-562-3022
Virginia Occidental Medicaid y CHIP	dhhr.wv.gov/bms/mywvhipp.com/	Medicaid: 304-558-1700 CHIP: 855-699-8447
Wisconsin Medicaid y CHIP	dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm	800-362-3002
Wyoming Medicaid	health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility	800-251-1269

Para saber si otros estados han 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 de inscripción especiales, comuníquese con:

Departamento de Trabajo de los EE. UU.
del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos
dol.gov/agencies/ebsa
866-444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.
Centros de Servicios de Medicare & Medicaid
cms.hhs.gov
877-267-2323, opción de menú 4, ext. 61565

NOTAS

