

2026 – 2027



BENEFICIOS RESUMEN



SWAMP RABBIT

EST.

2011



Cafe & Grocery
Greenville, SC

MÁS INFORMACIÓN:



1-864-763-5476
(Mensajes de texto y
llamadas)



help@directhealthplan.com

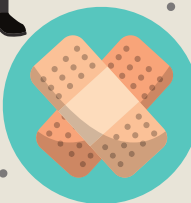
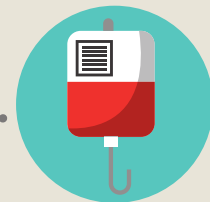


Tabla de contenido

3	Bienvenido
4	Inscripción e instrucciones para recibir beneficios
5	Introducción al plan de salud directa
6	Tarifas de seguro médico principal
7	Opción 1: Copago
10	Opción 2: HDHP
14	Opciones de atención primaria directa
15	Preguntas frecuentes
16	Incluido en los principales beneficios médicos
19	Beneficios voluntarios
23	Requisitos y cambios en los beneficios
24	Planificar contactos
25	Notificaciones federales

Introducción a sus beneficios

¡Bienvenido!

Nos comprometemos a brindarle beneficios que lo apoyen cuando más los necesite. Nuestro programa integral de beneficios está diseñado para proteger su salud, bienestar y seguridad financiera en caso de enfermedad o lesión. Puede obtener más información sobre las opciones de este plan consultando esta Guía de Información sobre Beneficios.

Esta guía, que comienza con los pasos básicos para inscribirse y continúa con los detalles de cada plan, es un recurso indispensable para todo lo relacionado con los beneficios. Una vez que comprenda mejor las diversas opciones que ofrecemos, podrá tomar una decisión sobre qué planes se ajustan mejor a sus necesidades.

Le recomendamos que lea este folleto completo. En él encontrará información detallada sobre:

- ¿Quiénes pueden participar?
- Cómo inscribirse y normas para realizar cambios
- Cada plan y resumen
- Información del contacto
- ¡Y mucho más!

Agradecemos el arduo trabajo y la dedicación que aportan a Swamp. Por esto y por muchas otras razones, queremos ofrecerles beneficios competitivos y económicos. ¡Es nuestra manera de agradecerles todo lo que hacen!

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios para empleados que se describen en este documento o si desea obtener más información, consulte los documentos de su plan y los folletos de seguros, comuníquese con el Departamento de Recursos Humanos o con nuestros colegas de Cavalry Partners.

Atentamente, Café y Tienda de Comestibles Swamp Rabbit

Para obtener información adicional, capacitación y para cualquier necesidad, comuníquese con Recursos Humanos o con Cavalry Partners.



1-864-763-5476 (MENSAJES DE TEXTO Y LLAMADAS)



www.SRCGHealth.com

¡Busca en línea videos de capacitación y más detalles sobre los beneficios!

La información de este Resumen de Beneficios se presenta con fines ilustrativos y se basa en la información proporcionada por el empleador. El texto de este Resumen se ha extraído de diversas descripciones de planes y de información sobre beneficios. Si bien se ha hecho todo lo posible por informar con precisión sobre sus beneficios, siempre existe la posibilidad de que haya discrepancias o errores. En caso de discrepancia entre el Resumen de Beneficios y los documentos del plan, prevalecerán estos últimos. Toda la información es confidencial, de conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA). Si tiene alguna pregunta sobre este resumen, póngase en contacto con Recursos Humanos.



Para obtener más detalles sobre el plan, visite www.SRCGHealth.com.



Consulte con Recursos Humanos para obtener ayuda con la inscripción.

1 – INICIAR SESIÓN EN EMPLOYEE NAVIGATOR

<https://www.employeenavigator.com/benefits/account/login>

- * **Nuevo usuario:**
Seleccione REGISTRARSE COMO NUEVO USUARIO y proporcione la siguiente información:

Nombre y apellido

- Identificador de la empresa: SRCaG
- Últimos 4 dígitos del número de seguro social
- Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

- * **Usuario existente:**
Utilice su nombre de usuario y contraseña existentes.

**TODOS LOS EMPLEADOS DEBEN INICIAR SESIÓN
PARA SELECCIONAR O RECHAZAR LOS BENEFICIOS
ENTRE EL 14 Y EL 22 DE SEPTIEMBRE.**

Inscripción e instrucciones para recibir beneficios

2 – PARA INSCRIBIRSE EN UN BENEFICIO

- * Seleccione INICIAR INSCRIPCIÓN
- * Agregue su información personal y cualquier información de sus dependientes.
- * Siga cada paso del proceso de inscripción y seleccione GUARDAR Y CONTINUAR en la parte inferior de cada pantalla para guardar sus selecciones.

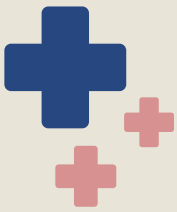
3 – RECHAZAR UN BENEFICIO

- * Si hay algún beneficio que no desea seleccionar, haga clic en "¿NO DESEA ESTE BENEFICIO?" en la parte inferior de la pantalla.

4 – FINALIZAR LAS SELECCIONES

- * Revise las elecciones enumeradas
- * Para cambiar cualquiera de los beneficios que seleccionaste, haz clic en VOLVER A MIS BENEFICIOS.
- * Realice los cambios necesarios y vuelva a hacer clic en REVISAR Y FINALIZAR.
- * Revise las elecciones enumeradas
- * Seleccione FIRMAR para completar tu inscripción





Plan médico principal de SRCG 2026-2027

Plan de Salud Directa

¿QUÉ?

El Plan de Salud Directo es un plan de salud con financiación fija ofrecido por empleadores en todo Estados Unidos. Esto significa que, efectivamente, se trata de un plan de salud "real" que cumple o supera todos los requisitos legales.

Swamp Rabbit Cafe and Grocery ha elegido este plan para su equipo porque les permite ahorrar dinero y brindarles una experiencia inigualable. ¡Estamos encantados de trabajar con ustedes!

¿POR QUÉ?

Como plan de financiación fija, todos debemos saber que nuestras decisiones importan. No hay ninguna compañía de seguros pagando las facturas... es Swamp Rabbit Cafe and Grocery. Planes como este responden a la necesidad de los empleadores que buscan ofrecer algo que esté en sintonía con los médicos... todo en beneficio de sus empleados.



¿CÓMO?

Existen dos opciones de planes de salud directos que parecen similares, pero que tienen reglas únicas que deben seguirse. Usted tiene una opción que se presentará en las páginas siguientes:

PLAN DE COPAGO

- O -

Plan HDHP



Tarifas de seguro médico principal para

Tarifas quincenales

Plan	Solo para empleados	Empleado/Cónyuge	Empleado / Niños	Empleado/Familia
PLAN DE SALUD DIRECTO: Copago	\$106.47	\$415	\$304.46	\$610.99
PLAN DE SALUD DIRECTO: HDHP	\$91.14	\$350.91	\$256.63	\$512.29

*Las deducciones de nómina no superarán el 9,96 % (2026) ni el 10,22 % (2027) de sus ingresos después de impuestos. Consulte Employee Navigator para obtener información sobre los costos.

OPCIÓN DE COPAGO

Atención primaria centrada

Como parte del Plan de Salud Directa, recibirá una membresía a un consultorio de Atención Primaria Directa (DPC, por sus siglas en inglés); este se convertirá en su nuevo médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) y su centro de atención médica habitual.

Su médico de atención primaria directa (DPC, por sus siglas en inglés) se encargará directamente de la mayoría de sus necesidades de atención médica diarias, con más tiempo, mejor acceso y sin facturas sorpresa.

Tu nuevo médico no te cobrará a ti ni a tu seguro por las consultas. En cambio, la atención médica está cubierta mediante una membresía mensual, pagada íntegramente por tu empleador.

¿Tiene que cambiar de médico? No, pero por favor revise el costo. Puede ser caro.

¿Qué beneficios obtienes con tu membresía de DPC?

- **Consultas ilimitadas: no solo una al año, sino tantas como necesite.**
- **Citas para el mismo día o para el día siguiente.**
- Coste de 0 \$ para: todos los servicios realizados en la consulta (laboratorio, imágenes, etc.)
- Una verdadera relación con un médico que tenga tiempo para usted y practique una atención preventiva y personalizada, no solo el tratamiento de los síntomas.

Especialistas y servicios fuera de mi oficina de DPC...

Cuando su médico de atención primaria directa determine que usted necesita una visita, prueba o procedimiento que no se puede realizar en el consultorio:

- *Enviarán una remisión a ese médico y una copia al plan de salud Direct Health Plan.*
- *El plan Direct Health Plan se pondrá en contacto con usted mediante un mensaje de texto: "Por favor, infórmenos cuando el especialista programe su próxima cita".*
- *Simplemente responde con la fecha una vez que tengas tu cita programada.*
- *En este punto, el Plan de Salud Directa trabaja para coordinar su visita determinando la tarifa de "pago directo" y asegurándose de que su visita cumpla con las pautas del plan.*
- *Una vez coordinado, el plan le enviará por mensaje de texto una tarjeta de débito VISA con el importe total para que la presente para realizar el pago durante su visita.*
- *¡Preséntate, paga como persona sin seguro médico (sin usar la tarjeta del seguro) y pide un recibo!*
- *Una vez completado el proceso, se le solicitará automáticamente que suba su recibo.*

Esto es lo que puedes esperar:

- ***No hay que preocuparse por las redes de seguros ni por la cobertura.***
- ***Sin facturas sorpresa ni esperas para los EOB.***
- ***¡Sin ningún coste adicional para usted!***

Descoordinado

Aunque es poco frecuente, no todos los eventos están coordinados.

- *Puede optar por proceder sin coordinación y pagar deducibles, copagos y posiblemente cambios de saldo adicionales.*
- *Si un servicio excede los límites financieros del plan, le ofreceremos otras opciones para que reciba atención médica dentro de esos límites sin copago ni deducible. También puede optar por la atención no coordinada, donde se aplican copagos y deducibles.*
- *Se debe conceder el tiempo necesario para la coordinación. Las citas deben notificarse con un mínimo de 24 a 48 horas de antelación. Los procedimientos más complejos pueden requerir tiempo adicional para la coordinación.*

La falta de coordinación de las visitas puede tener como consecuencia:

- *¡Mayores gastos de bolsillo y frustración!*
- *Gastos que no se pueden aplicar al deducible*
- *Y la exposición a la factura de saldo (proveedores que le piden a USTED más de lo que el plan está dispuesto a pagar).*



OFICINA DEL DPC

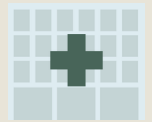
Un miembro visita la oficina de DPC.

- Aquí se atienden la mayoría de las necesidades.
- Prácticas de alta capacidad
- DPC se refiere según sea necesario



Derivaciones fuera del DPC

- Las derivaciones del DPC se han incluido en el plan.
- El plan coordina la tarifa con el proveedor.
- El plan se pone en contacto con el miembro.
- El plan emite una visa virtual para la visita



Preséntate. Mejórate.

- El miembro envió un mensaje de texto a Visa antes de la cita.
- El miembro desliza el dedo para pagar
- El miembro sube el recibo al portal.
- ¡Sin EOB, sin cobros, sin complicaciones!

SWAMP RABBIT

EST.

2011



Cafe & Grocery
Greenville, SC



OPCIÓN DE COPAGO

DIRECT

Health Plan

DEDUCIBLE	Coordinado por el médico de DPC	Descoordinado por el médico de DPC
Vivienda	\$0	\$3000
unifamiliar	\$0	\$6000
COSEGURO		
Porcentaje de miembros		20%
MÁXIMO FUERA DEL BOLSILLO	(para copagos de medicamentos recetados)	(Para todos los servicios con copago que se detallan a continuación y los copagos de medicamentos recetados)
Vivienda	\$4500	\$4500
unifamiliar	\$9000	\$9000
Membresía de atención primaria directa	Sin costo alguno	
SERVICIOS COMUNES	Copagos:	Copagos:
Visita al consultorio de atención primaria	\$0 \$0 \$0 \$0 \$500	\$100 \$150 \$150 \$150
Consulta con un especialista Terapia de salud mental (ilimitada) Atención de urgencias Sala de emergencias		\$500
MÉDICO PRINCIPAL		
Cirugía ambulatoria. Hospitalización/Cirugía.	\$0	20% después del deducible
Tomografía computarizada (TC), tomografía computarizada (TP), resonancia magnética (RM).	\$0	20% después del deducible
	\$0	20% después del deducible
MEDICAMENTO RECETADO		
Genérico (Nivel 1) De marca (Nivel 2)		\$15
Especializado (Nivel 3 - 4) Internacional / Origen		\$35
Spec. Rx.		\$60 - 125
Pedidos por correo de Amazon		\$0 - \$200 - Ver detalles
		90 días por el precio de 60

Detalles

****Cobertura al 100% de la membresía de DPC y de la atención preventiva.**

Año del plan:	1/10/26 - 30/9/27	Aviso legal: Esta es una lista parcial de sus beneficios cubiertos. Para obtener una lista completa y precisa de los beneficios cubiertos, las limitaciones y las exclusiones, consulte su certificado de cobertura.
Período de deducción:	1/10/26 - 30/9/27 Acceso	
Tipo de red:	abierto	
Sitio web del miembro:	www.SRCGHealth.com	
Número de teléfono de atención al cliente:	1-864-763-5476	



DIRECT Health Plan

OPCIÓN HDHP

Atención primaria centrada

Como parte del Plan de Salud Directa, recibirá una membresía a un consultorio de Atención Primaria Directa (DPC, por sus siglas en inglés); este se convertirá en su nuevo médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) y su centro de atención médica habitual.

- *Su médico de atención primaria directa (DPC, por sus siglas en inglés) se encargará directamente de la mayoría de sus necesidades de atención médica diarias, con más tiempo, mejor acceso y sin facturas sorpresa.*
- *Tu nuevo médico no te cobrará a ti ni a tu seguro por las consultas. En cambio, la atención médica está cubierta mediante una membresía mensual, pagada íntegramente por tu empleador.*

¿Tiene que cambiar de médico? No, pero por favor revise el costo. Puede ser caro.

¿Qué beneficios obtienes con tu membresía de DPC?

- **Consultas ilimitadas: no solo una al año, sino tantas como necesite.**
- **Citas para el mismo día o para el día siguiente.**
- Costo de 0 \$ para: todos los servicios realizados en la oficina.
- Una verdadera relación con un médico que tenga tiempo para usted y practique una atención preventiva y personalizada, no solo el tratamiento de los síntomas.

Especialistas y servicios fuera de mi oficina de DPC...

...Antes de que alcances tu deducible.

Cuando su médico de atención primaria directa determine que usted necesita una visita, prueba o procedimiento que no se puede realizar en el consultorio:

- *Enviarán una remisión a ese médico y una copia al plan de salud Direct Health Plan.*
- *El plan Direct Health Plan se pondrá en contacto con usted mediante un mensaje de texto: "Por favor, infórmenos cuando el especialista programe su próxima cita".*
- *Simplemente responde con la fecha una vez que tengas tu cita programada.*
- *En este punto, el Plan de Salud Directo trabaja para coordinar la mejor tarifa posible para usted, que a menudo consiste en pagar en efectivo.*
- *El Plan le notificará antes de su cita sobre esta tarifa coordinada de "pago directo". Usar su tarjeta de seguro no será tan ventajoso... ¡pero su tarjeta y programa HSA son una gran ventaja!*
- *Preséntese y pague como paciente particular (sin usar la tarjeta del seguro) o solicite que se le envíe la factura.*
- *Una vez que haya realizado el pago, suba su información y el recibo a portal.directhealthplan.com y su gasto coordinado se aplicará a su deducible.*

****Si su médico de cabecera inicia una consulta con un especialista y este especialista debe realizar órdenes adicionales, por favor informe al Plan de Salud Directa para una coordinación adecuada.***

*****Para el plan HDHP, usted tendrá un deducible que deberá cubrir antes de que el plan pueda pagar los servicios. Esta es una norma del IRS... no de su empleador.***

**OPCIÓN DE PLAN DE SALUD DE ALTO
DETERMINO (HDHP) - Continuación**

**Deducible
posterior a la
coordinación**

Una vez que hayas cubierto tu deducible y se haya programado una cita, en lugar de que el plan de salud te indique cuánto debes pagar, te presentarán una tarjeta de débito VISA virtual para realizar el pago. ¡Así de sencillo! El proceso no cambiará... ¡solo la forma de pago!

Descoordinado

Aunque es poco frecuente, no todos los eventos están coordinados.

1. Puede optar por proceder sin coordinación y pagar deducibles, copagos y posiblemente cargos adicionales por saldo pendiente.
2. Es posible que los precios no se ajusten a las directrices del plan durante el intento de coordinación. Puede optar por continuar sin coordinación con ese proveedor o el plan le presentará rápidamente otras opciones.
3. Se debe conceder el tiempo necesario para la coordinación. Las citas deben notificarse con un mínimo de 24 a 48 horas de antelación. Los procedimientos más complejos pueden requerir tiempo adicional para la coordinación.

La falta de coordinación de las visitas puede tener como consecuencia:

- ¡Mayores gastos de bolsillo y frustración!
- Gastos que no se pueden aplicar al deducible
- Y la exposición a la factura de saldo (proveedores que le piden a USTED más de lo que el plan está dispuesto a pagar).



OFICINA DEL DPC

Un miembro visita la oficina de DPC.

- Aquí se atienden la mayoría de las necesidades.
- Prácticas de alta capacidad
- DPC se refiere según sea necesario



Derivaciones fuera del DPC

- Las derivaciones del DPC se han incluido en el plan.
- El plan coordina la tarifa con el proveedor.
- El plan se pone en contacto con el miembro.



Antes de que Deducible se encuentre

- El miembro paga la visita a la tarifa acordada y comunicada.
- El miembro sube el recibo al portal.



Después de que se haya cubierto el deducible

- El miembro envió un mensaje de texto a Visa antes de la cita.
- El miembro desliza el dedo para pagar
- El miembro sube el recibo al portal.

SWAMP RABBIT

EST.

2011



Cafe & Grocery
Greenville, SC



DIRECT
Health Plan

OPCIÓN HDHP

DEDUCIBLE	Coordinado por el médico de DPC	Descoordinado por el médico de DPC
Vivienda	\$5000	\$5000
unifamiliar	\$10000	\$10000
MÁXIMO FUERA DEL BOLSILLO		
Vivienda	\$5000	\$5000
unifamiliar	\$10000	\$10000
Membresía de atención primaria directa	Sin costo alguno	
SERVICIOS COMUNES		
Visita al consultorio de atención primaria Consulta con un especialista Terapia de salud mental (ilimitada) Atención de urgencias Sala de emergencias	100% después del deducible	Solo cubierto al 100% según las directrices del plan.
MÉDICO PRINCIPAL		Puede estar sujeto a tarifas más altas o a un cobro adicional por parte del proveedor.
Cirugía ambulatoria. Hospitalización/Cirugía. Tomografía computarizada (TC), tomografía computarizada (TP), resonancia magnética (RM).		
MEDICAMENTO RECETADO		
Genérico (Nivel 1) De marca (Nivel 2) Especializado (Nivel 3 - 4) Internacional / Origen Spec. Rx. Pedidos por correo de Amazon	100% después del deducible	
Detalles	**Cobertura al 100% de la membresía de DPC y de la atención preventiva.	
Año del plan: Período de deducción: Tipo de red: Sitio web del miembro: Número de teléfono de atención al cliente:	1/10/26 - 30/9/27 1/10/26 - 30/9/27 Acceso abierto www.SRCGHealth.com 1-864-763-5476	Aviso legal: Esta es una lista parcial de sus beneficios cubiertos. Para obtener una lista completa y precisa de los beneficios cubiertos, las limitaciones y las exclusiones, consulte su certificado de cobertura.



DIRECT Health Plan

Elegir la opción de copago o de plan de salud de alto deducible (HDHP) depende de tus preferencias y necesidades individuales.



Si decide optar por el Plan de Salud Directo, podrá elegir su membresía exclusiva en un consultorio de Atención Primaria Directa.



Opciones de atención primaria directa

	Cafetería y tienda de comestibles Swamp Rabbit - Greenville, Carolina del Sur
Anderson, South Carolina	Acceso directo https://www.directaccess.md 1208 Ella St. Anderson, SC 29621 Teléfono: 864-965-9150 <i>Direct Access Care cuenta con 4 médicos y un amplio equipo de apoyo que ofrece numerosos servicios internos. Atienden a pacientes a partir de los 5 años.</i>
Greenville, South Carolina	Medicina Moderna Ember: https://embermodernmedicine.com 1068 North Church Street, Suite 101, Greenville, SC 29601 Teléfono: 864-702-2365 <i>Ember Modern Medicine cuenta con 2 médicos y ofrece numerosos servicios en sus instalaciones. Atienden a pacientes desde recién nacidos.</i> Palmetto Proactive - varias ubicaciones: https://www.palmettoproactive.com • Greenville: 864-252-4808 1120 North Pleasantburg Drive, #301, Greenville, SC 29607 • Spartanburg: 864-606-0857 1800 Drayton Rd Suite 313, Drayton, SC 29333 <i>Palmetto Proactive está dirigido por la Dra. Aya-Ay y un amplio equipo de médicos y profesionales sanitarios. Ofrecen la mayor variedad de servicios internos, incluyendo diagnóstico por imagen. Atienden a pacientes a partir de 1 año de edad.</i> Atención primaria directa de Prisma https://prismahealth.org/locations/practices/direct-primary-care-stone-main 1 E Stone Ave, Greenville, SC 29609 Teléfono: 864-522-6550 <i>Prisma DPC cuenta con 2 médicos, un asistente médico y una enfermera especializada que ofrecen una amplia gama de servicios en sus instalaciones. Atienden a pacientes a partir de los 3 años.</i>
Easley, South Carolina	Verity Medicina Primaria y Estilo de Vida: https://veritymedicine.com 118 S Pendleton St, Easley, S.C. 29640 Teléfono: 864-306-4599 <i>Verity Primary Medicine and Lifestyle: Ubicada en el corazón del centro de Easley, la clínica ofrece a sus pacientes una excelente relación calidad-precio en medicina preventiva y apoyo para un estilo de vida saludable. Atienden a pacientes a partir de los 10 años.</i>

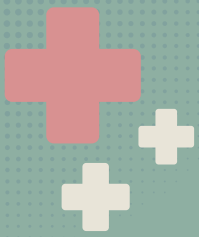


PREGUNTAS FRECUENTES

¿Y en caso de emergencia?	Las emergencias nunca se pueden coordinar debido a la falta de tiempo y a su naturaleza urgente. En este caso, deberá pagar un copago o su deducible. ¡Vaya a urgencias!
¿Y la pediatría?	Algunas oficinas de atención primaria directa (DPC) atienden a niños desde el nacimiento, mientras que otras exigen una edad mínima de 3 o 5 años. Se pueden coordinar citas pediátricas fuera de la atención primaria directa. Comuníquese con el plan.
¿Puedo usar mi tarjeta de seguro médico?	Sí, puede presentar su tarjeta de seguro para iniciar un proceso de reclamación, pero este se considera no coordinado a menos que se trate de servicios farmacéuticos. Se aplican copagos y deducibles, así como el riesgo de precios menos favorables y cobros adicionales por parte del consultorio del proveedor.
¿Puedo usar a mi antiguo médico de cabecera en este plan?	Sí, presente su tarjeta de seguro y proceda sin coordinación, asumiendo mayores gastos de su bolsillo. Esta no es la forma más rentable de usar este plan, pero tiene la opción.
¿Debo guardar los recibos?	Sí. En todo momento, solicite y conserve o fotografíe un recibo. Solicite también un recibo DETALLADO. Independientemente del plan que elija, los recibos son importantes y deben cargarse para continuar recibiendo servicios coordinados.

Ejemplos de utilización

Si estoy sano y solo necesito ver a un dermatólogo, ¿qué debo hacer?	Le recomendamos que comience con su médico de atención primaria directa (DPC). Él o ella puede enviarle una derivación al dermatólogo, y nuestro equipo coordinará todo por usted. Si no obtiene esta derivación, la atención se verá descoordinada y tendrá que pagar más de su bolsillo.
Quiero empezar terapia. ¿Puedo elegir a mi propio terapeuta?	Sí. Si ya tienes un terapeuta en mente, infórmale a tu médico de cabecera y normalmente podrán derivarte a él sin problema.
Mi esposa necesita atención urgente. ¿Qué debo hacer?	Si su esposa ya es paciente de un centro de atención primaria directa (DPC, por sus siglas en inglés), comuníquese primero con ellos. Muchos centros DPC ofrecen citas el mismo día, consultas virtuales o acceso fuera del horario habitual y, a menudo, pueden brindar tratamiento sin necesidad de atención de urgencia.
Necesito una cirugía, como un reemplazo de cadera. ¿Cómo funciona eso?	Suponiendo que la derivación al ortopedista se inició con su médico de atención primaria, podemos comenzar el proceso de coordinación por usted. • Trabajaremos con usted para recopilar toda la información médica pertinente. • Coordina la cirugía: obtén precios combinados en efectivo siempre que sea posible (que incluyan al cirujano, el centro médico y la anestesia). • Comunicarle a usted y, posiblemente, al proveedor, la fecha de pago, la financiación y toda la demás información. • Necesitamos todo el tiempo posible para coordinar casos complejos como las cirugías.



Incluido en las principales opciones médicas

Farmacia



El programa de beneficios farmacéuticos ServeYouRx es aceptado por todas las farmacias y ofrece un excelente servicio al cliente. ¡No olvide inscribir sus medicamentos genéricos en el programa de pedidos por correo para ahorrar!



Farmacia especializada

Los medicamentos especializados y de alto costo pueden obtenerse internacionalmente o a través de otros programas para mantener los costos bajos. El plan se comunicará con usted si cumple con los requisitos.



Beneficio de la Cuenta de Ahorro para la Salud (HSA)

En un plan HDHP, puede usar los fondos de su HSA para pagar cualquier gasto médico que califique según el IRS, como visitas al médico, tarifas de hospital, recetas, exámenes dentales, citas con el oculista, medicamentos de venta libre y más.



Socios de caballería

Cavalry Partners trabaja diariamente con todos los empleados de SRCG para ayudarles con cualquier necesidad, capacitación o desafío relacionado con su plan de salud. Llámenos, envíenos un correo electrónico, un mensaje de texto o visite SRCGHealth.com para conversar con nosotros.

SWAMP RABBIT

EST.

2011



Cafe & Grocery
Greenville, SC

CONSULTE SRCGHEALTH.COM PARA OBTENER LA GUÍA COMPLETA DE BENEFICIOS Y MÁS DETALLES.



CAVALRY PARTNERS



SOCIOS DE CABALLERÍA



1-864-763-5476
(LLAMADAS Y MENSAJES DE
TEXTO)



www.SRCGHealth.com



help@directhealthplan.com

¿QUIÉN ES LA CABALLERÍA?

Cavalry Partners se ha asociado con Swamp Rabbit Cafe and Grocery para ofrecer una experiencia excepcional. No se preocupe por nada. Contacte con Cavalry para cualquier necesidad.

¿QUÉ HACE LA CABALLERÍA?



DESAFÍOS GRANDES Y PEQUEÑOS

¡No espere más! Contáctenos hoy mismo para comenzar a buscar una solución.



DETALLES DEL BENEFICIO

¿Necesitas saber cuánto pagará tu plan por un servicio o simplemente buscas más detalles?



VISITAS A LA COMUNIDAD

Aprovechar la tecnología para lograr eficiencia y ventaja competitiva.



BENEFICIOS DE LA EDUCACIÓN

En persona, en línea, por Zoom y por teléfono. Siempre puedes contactarnos.



SRCGHEALTH.COM

Actualizamos este sitio web especialmente para ti y ¡chatearemos contigo en línea!



PREGUNTAS SOBRE FACTURACIÓN Y EL MÉDICO

Los seguros son complicados. Nunca pagues más de lo que debes.



Servicios de farmacia

¿QUIÉN TE SIRVE RX?

- ServeYouRx es una empresa gestora de beneficios farmacéuticos (PBM, por sus siglas en inglés) integral que trabaja con SRCG para administrar las reclamaciones de farmacia.
- ServeYouRx revisa y autoriza las recetas en nombre del plan de salud.

PORTAL DE MIEMBROS

- Obtén la información de tu receta médica en línea en cualquier momento.
- Verifique sus beneficios y revise sus reclamaciones.
- Encuentra farmacias y compara precios de medicamentos.

MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS

- RX Manage se ha asociado con SRCG y ServeYouRx para facilitar el acceso a medicamentos de alto costo a precios asequibles. A diferencia de otras organizaciones, SRCG procura no limitar la disponibilidad de medicamentos a través del plan de salud; en cambio, opta por adquirirlos de forma responsable para ahorrarle dinero tanto a usted como al plan de salud.

PONTE EN CONTACTO

- Descarga aplicaciones O -
- Llame al centro de atención al cliente al 800-759-3203 de lunes a viernes de 7:30 a. m. a 9 p. m.
- Sábado de 8:00 a 18:00.
- Domingo de 9:00 a 15:00.
- El horario corresponde a la hora central.

ENTREGA A DOMICILIO

- Ahorre tiempo y dinero con la entrega de sus medicamentos a domicilio.
- Reciba envío estándar gratuito.
- Pide recargas online.
- Visita Serveyourx.com/members/home-delivery-pharmacy para obtener más información sobre el programa de Amazon.



CUENTA DE AHORRO PARA LA SALUD

¿CUMPLO LOS REQUISITOS?

La elegibilidad para la Cuenta de Ahorro para la Salud patrocinada por SRCG se limita a aquellos inscritos en un Plan de Salud con Deducible Alto (HDHP, por sus siglas en inglés).

Al inscribirse en el plan de salud de alto deducible (HDHP), deberá proporcionar su banco preferido y el depósito se realizará en su nombre.

¿QUÉ ESTÁ CUBIERTO?

Puedes usar los fondos de tu cuenta HSA para pagar cualquier gasto médico que califique el IRS, como visitas al médico, tarifas de hospital, recetas, exámenes dentales, citas con el oculista, medicamentos de venta libre y más.

CONTRIBUCIONES DEL EMPLEADOR A LA HSA (CUENTA DE AHORRO PARA LA SALUD) PARA EL PERÍODO 2026-2027

	Contribución del empleador por período de pago	Contribución anual total del empleador
Empleado solamente	\$25	\$650
Empleado + cónyuge	\$25	\$650
Empleado + hijos	\$25	\$650
Empleado + familia	\$25	\$650

CONTRIBUCIONES MÁXIMAS ANUALES A LA CUENTA HSA PARA EL PERÍODO 2026-2027 (EMPLEADOR + EMPLEADO)

	<u>2026</u>	<u>2027</u>
Contribución individual	\$4400	\$4500
Para familias	\$8750	\$9000
Mayores de 55 años (adicional a lo anterior)	\$1000	\$1000



Beneficios voluntarios 2026-2027



Dental

¡Beneficios integrales de Guardian! Desde limpiezas dentales sencillas hasta ortodoncia y cirugías.



Visión

Beneficios anuales para anteojos y lentes de contacto, además de chequeos anuales y necesidades más complejas.



Programa de Asistencia al Empleado (PAE)

Disfruta de descuentos, recompensas y ventajas en miles de tus marcas favoritas.

Tarifas quincenales

\$	Solo para empleados	Empleado/ Cónyuge	Empleado/Niño	Empleado/ Familia
Tarifas Quincenales				
Dental	\$15.39	\$31.24	\$37.04	\$56.21
Visión	\$3.11	\$5.23	\$5.34	\$8.45

CONSULTE [SRCGHEALTH.COM](https://srcghealth.com) PARA OBTENER LA GUÍA COMPLETA DE BENEFICIOS Y MÁS DETALLES.



Red: DentalGuard Preferred NAP - Carolina del Sur Copago por visita al consultorio: Ninguno Acumulación máxima: Sí Ortodoncia: No disponible Período de espera: Primer día del mes siguiente a los 60 días

AHORRE MÁS DENTRO DE LA RED

Puedes acudir a cualquier dentista, pero los dentistas de la red DentalGuard Preferred NAP suelen ser la opción más económica.

\$50 / \$150

Deducible por año calendario
Combinado dentro y fuera de la red; exento para atención preventiva.

\$1,000

Beneficio máximo anual
Límite máximo combinado para servicios dentro y fuera de la red.

100%

Atención preventiva
Limpiezas, exámenes bucales, radiografías interproximales/de boca completa y selladores dentales.

NIVEL DE ATENCIÓN	SERVICIOS INCLUIDOS	EN LA RED	FUERA DE LA RED
PREVENTIVO	Exámenes orales, limpiezas, radiografías interproximales, radiografías de boca completa, selladores dentales.	100%	100% de R&C
BÁSICO	Rellenos (una superficie), raspado y alisado radicular (por cuadrante)	80% después del deducible	80% de R&C después del deducible
IMPORTANTE	Anestesia general, prótesis dentales, coronas individuales, extracciones simples.	50% después del deducible	50% de R&C después del deducible

Cómo funciona la deducción

R&C = Razonable y Consuetudinario

Atención preventiva: exención del deducible.

Atención básica y mayor: se aplica un deducible.

Regla familiar: una vez que tres miembros de la familia cumplen con el deducible anual, no se aplican más deducibles para los miembros de la familia durante ese año calendario.

SIN COPATO POR CONSULTA

\$0

Notas importantes del plan

La cobertura abarca la atención dental necesaria. Por lo general, el plan no cubre servicios de higiene bucal fuera de la atención preventiva cubierta, ortodoncia a menos que se prescriba expresamente, tratamientos cosméticos o experimentales, ciertas prótesis dentales preexistentes para dientes faltantes ni servicios pagados por otra fuente. Pueden aplicarse restricciones y normas de necesidad médica.

Resumen de beneficios únicamente: en caso de discrepancia, la documentación del plan Guardian prevalecerá.
ID de grupo 00025435

CONSULTE SRCGHEALTH.COM PARA OBTENER LA GUÍA COMPLETA DE BENEFICIOS Y MÁS DETALLES.



Red: VSP - Choice Exámenes completos: Una vez al año
Monturas: Una vez cada dos años Lentes/materiales: Una vez al año
Período de espera: El primer día del mes siguiente a los 60 días

AHORRE MÁS DENTRO DE LA RED

Puedes acudir a cualquier oftalmólogo, pero usar un proveedor de la red VSP generalmente reducirá tus gastos de bolsillo.

\$10

Copago por examen de la vista
Examen ocular de rutina al utilizar un proveedor VSP dentro de la red.

\$25

Copago de materiales
Exento para lentes de contacto convencionales y de reemplazo programado.

\$130

Margen de ajuste del marco
Además, un 20 % de descuento en importes superiores a 130 \$ en los proveedores VSP participantes.

NIVEL DE ATENCIÓN	SERVICIOS INCLUIDOS	EN LA RED	FUERA DE LA RED
EXAMEN DE LA VISTA	Examen ocular de rutina	Copago de \$10	Asignación de \$39
LENTEs	Monofocal / bifocal / trifocal / lenticular	Copago de materiales de \$25	Asignación de \$23/\$37/\$49/\$64
MARCOS	Asignación de \$130 + 20% de descuento sobre la asignación	Subsidio de \$130 + 20% de descuento	\$46 de asignación
CONTACTOS	Reemplazo convencional o planificado	Asignación de \$130	\$100/\$120 máximo*
MEDICAMENTO NECESARIO	Lentes de contacto médicamente necesarias	Se aplica copago.	Asignación de \$210

Extras cosméticos: descuento promedio del 20% al 25% sobre el precio unitario habitual del proveedor.

Corrección láser: un 15% de descuento promedio sobre el precio habitual o un 5% de descuento sobre el precio promocional.

Entre las cadenas minoristas participantes más populares que figuran en la lista de Guardian se incluyen Costco Optical, Visionworks y Clarkson Eyecare; los beneficios pueden variar según la ubicación de la tienda.

**PARES ADICIONALES
20% de descuento**

Gafas graduadas adicionales ilimitadas y no graduadas.
Gafas de sol graduadas con una validez de 12 meses desde el último examen cubierto por la garantía.

Esta es una cobertura de visión con beneficios limitados para el cuidado ocular de rutina. El plan no cubre ortóptica/entrenamiento visual, tratamiento médico o quirúrgico de los ojos, exámenes o anteojos requeridos por el empleador, ni reemplazo de lentes y monturas perdidos o rotos fuera de los intervalos de cobertura habituales o de una garantía aplicable. La cirugía de corrección láser es un programa de descuentos, no un beneficio cubierto por el seguro.

Resumen de beneficios únicamente: en caso de discrepancia, los documentos del plan Guardian prevalecerán.

ID de grupo 00025435 | Fecha de resumen 20/08/2025

CONSULTE SRCGHEALTH.COM PARA OBTENER LA GUÍA COMPLETA DE BENEFICIOS Y MÁS DETALLES.



Ahorra en las marcas, experiencias y compras cotidianas que ya utilizas.

BenefitHub es un mercado de descuentos exclusivo con miles de ofertas en categorías populares. BenefitHub negocia descuentos para sus miembros, y muchas ofertas incluyen reembolsos adicionales, lo que te ayuda a ahorrar dinero, tiempo y molestias.

UN LUGAR FÁCIL PARA AHORRAR

DESCUENTOS, RECOMPENSAS Y BENEFICIOS

Ahorra dinero

Descuentos, recompensas y reembolsos adicionales en efectivo en muchas ofertas.

Ahorra tiempo

Explora miles de ofertas en un mercado fácil de usar.

Evita las

complicaciones

Encuentra ofertas en compras cotidianas, viajes, entretenimiento y mucho más.

Ahorra en miles de ofertas

Viajar	Auto	Electrónica	Vestir
Ofertas locales	Educación	Entretenimiento	Restaurantes
Salud y bienestar	Belleza y spa	Entradas	Deportes y actividades al aire libre

Empezar es fácil

- 1 Visita swamprabbitcafe.benefithub.com
- 2 Crea una cuenta usando el código de referencia 66ULYW.
- 3 Completa tu registro.
- 4 ¡Empieza a comprar y a ahorrar con nuestros descuentos!

ESCANEA PARA COMENZAR



CÓDIGO DE REFERENCIA
66 ULYW



Requisitos y cambios

Para poder optar a las prestaciones, debe ser un empleado a tiempo completo que trabaje una media de 30 horas o más a la semana durante el año.

¿Cuándo puedo inscribirme?

Durante el período de inscripción abierta, dentro de los 30 días posteriores a un evento que califique y previa aprobación.

14 días antes de ser elegible para recibir beneficios

¿Cuándo puedo usar mis beneficios?

Nuevas contrataciones: el primer día del mes siguiente a los 60 días, es decir, el 1 de octubre del año siguiente a un período de inscripción abierta.

Whom Can I Enroll?

Spouse and Domestic Partners (same and opposite sex)

Children - Your dependent children who have not reached the age of 26 and are your biological children or children for whom you have legal guardianship or custody

Cambio de cobertura a mitad de año

Debido a que sus beneficios se pagan mediante deducciones de nómina antes de impuestos, a menos que tenga un cambio de estatus que califique, no podrá modificar los beneficios que seleccione hasta el próximo período de reinscripción. DEBE NOTIFICAR AL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS DENTRO DE LOS 30 DÍAS POSTERIORES AL EVENTO PARA PODER REALIZAR CAMBIOS. Los cambios de estatus que califican incluyen:



Casamiento

Es posible que se requiera un comprobante de matrimonio mediante una licencia matrimonial.



Divorcio, Anulación

Es posible que se requieran documentos legales.



Nacimiento del niño

Se requiere copia del certificado de nacimiento.



Adopción o tutela legal

Documentos legales requeridos.



Cambio en la situación de dependencia del niño

La cobertura no se extiende más allá de los 26 años.



Fallecimiento del cónyuge o de una persona a cargo.

Es posible que se requiera un certificado de defunción.



Cambio de residencia debido a traslado

Hable con Recursos Humanos



Órdenes judiciales

Las órdenes judiciales específicas pueden exigir que un tutor legal determinado se haga cargo de la persona dependiente.



Cambio en las prestaciones o la situación laboral del cónyuge

El cónyuge puede conseguir un empleo que le ofrezca cobertura médica. Si elige esta opción, por favor, proporcione la documentación correspondiente. Si un cónyuge ha perdido su empleo, podría ser elegible para este plan.



Inicio o finalización de los trámites de adopción

Documentos legales requeridos.



Requisitos y cambios

Para poder optar a las prestaciones, debe ser un empleado a tiempo completo que trabaje una media de 30 horas o más a la semana durante el año.

¿Cuándo puedo inscribirme?

Durante el período de inscripción abierta, dentro de los 30 días posteriores a un evento que califique y previa aprobación.

14 días antes de ser elegible para recibir beneficios

¿Cuándo puedo usar mis beneficios?

Nuevas contrataciones: el primer día del mes siguiente a los 60 días, es decir, el 1 de octubre del año siguiente a un período de inscripción abierta.

¿A quién puedo inscribir?

Cónyuge y parejas de hecho (del mismo y distinto sexo) Hijos: Sus hijos dependientes menores de 26 años que sean sus hijos biológicos o hijos bajo su tutela o custodia legal.

Cambio de cobertura a mitad de año

Debido a que sus beneficios se pagan mediante deducciones de nómina antes de impuestos, a menos que tenga un cambio de estatus que califique, no podrá modificar los beneficios que seleccione hasta el próximo período de reinscripción. DEBE NOTIFICAR AL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS DENTRO DE LOS 30 DÍAS POSTERIORES AL EVENTO PARA PODER REALIZAR CAMBIOS. Los cambios de estatus que califican incluyen:



Casamiento

Es posible que se requiera un comprobante de matrimonio mediante una licencia matrimonial.



Divorcio, Anulación

Es posible que se requieran documentos legales.



Nacimiento del niño

Se requiere copia del certificado de nacimiento.



Adopción o tutela legal

Documentos legales requeridos.



Cambio en la situación de dependencia del niño

La cobertura no se extiende más allá de los 26 años.



Fallecimiento del cónyuge o de una persona a cargo.

Es posible que se requiera un certificado de defunción.



Cambio de residencia debido a traslado

Hable con Recursos Humanos



Órdenes judiciales

Las órdenes judiciales específicas pueden exigir que un tutor legal determinado se haga cargo de la persona dependiente.



Cambio en las prestaciones o la situación laboral del cónyuge

El cónyuge puede conseguir un empleo que le ofrezca cobertura médica. Si elige esta opción, por favor, proporcione la documentación correspondiente. Si un cónyuge ha perdido su empleo, podría ser elegible para este plan.



Inicio o finalización de los trámites de adopción

Documentos legales requeridos.



Contactos y recursos del plan 2026-2027

Plan de Salud Directa

Navegación de todos los planes

Teléfono/Mensaje de texto: 1-864-763-5476 /

Correo electrónico: help@directhealthplan.com / SRCGHealth.com

Gerente de farmacia

Serve You Rx / Teléfono: 1-800-759-3203 / serveyourrx.com

Dental

Guardian / Teléfono: 1-800-541-7846 / guardiananytime.com

Visión

Guardian / Teléfono: 1-877-814-8970 / guardiananytime.com

Programa de asistencia al empleado (EAP)

Guardian / Teléfono: 1-800-386-7055 / <https://worklife.uprisehealth.com>

AVISOS IMPORTANTES

Avisos anuales sobre beneficios de salud y bienestar de Swamp Rabbit Café & Grocery

Se adjunta un paquete de avisos e información relativa a sus planes de salud y bienestar patrocinados por su empleador, según lo exige la ley federal para el año del plan 2027.

Recintos:

- Aviso sobre la cobertura acreditable de Medicare Parte D
- Aviso sobre los derechos especiales de inscripción de HIPAA
- Aviso sobre la Ley de Derechos de la Mujer sobre el Cáncer (WHCRA)
- Aviso sobre la Ley de Protección de la Salud de las Madres Recién Nacidas (NMHPA)
- Sus derechos y protecciones contra facturas médicas inesperadas
- Opciones de cobertura del Mercado de Seguros Médicos y su cobertura médica: nuevos empleados
- Aviso sobre el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)
-

En adelante, Swamp Rabbit Cafe se denominará "Empleador" y

Direct Health Plan se denominará "Plan(es) Médico(s)".

En adelante, Swamp Rabbit Cafe se denominará "PlanAdministrator".

Puede ponerse en contacto con el administrador de su plan en chelsea@swamprabbitcafe.com

El paquete de avisos legales adjunto incluye ciertos avisos legales aplicables a la mayoría de los empleadores que ofrecen planes de beneficios de salud y bienestar. Hemos preparado este paquete para usted basándonos en nuestro conocimiento de sus beneficios como cliente y en nuestra comprensión de los requisitos de los avisos como corredores de seguros, y no como asesoramiento legal o fiscal. Estos avisos podrían requerir ciertas modificaciones para ajustarse a sus circunstancias específicas y cumplir con sus obligaciones legales. También podría haber otros avisos legales aplicables que no se incluyen en este paquete. Le recomendamos que revise estos avisos con su asesor legal antes de distribuirlos a sus empleados y participantes del plan, y con gusto le ayudaremos a usted o a su asesor legal con este proceso de revisión.

AVISOS IMPORTANTES

AVISO SOBRE LA COBERTURA ACREDITABLE DE LA PARTE D DE MEDICARE

Aviso importante de su empleador sobre su cobertura de medicamentos recetados y Medicare. Lea este aviso detenidamente y guárdelo en un lugar accesible. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados con su empleador y sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarle a decidir si desea o no unirse a un plan de medicamentos de Medicare. Si está considerando unirse, debe 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 recetados de Medicare en su área. Al final de este aviso encontrará información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados.

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

1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare se extendió a todos los beneficiarios de Medicare en 2006. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare o en un plan Medicare Advantage (como una HMO o PPO) que ofrezca dicha cobertura. Todos los planes de medicamentos de Medicare brindan al menos un nivel de cobertura estándar establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer mayor cobertura a cambio de una prima mensual más alta.
2. Su empleador ha determinado que la cobertura de medicamentos recetados que ofrece el Plan Médico (o planes) tiene un costo promedio para todos los participantes, equivalente al de la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare, por lo que se considera Cobertura Acreditable. Dado que su cobertura actual es Cobertura Acreditable, puede mantenerla y no pagar una prima más alta (una penalización) si posteriormente decide afiliarse a un plan de medicamentos de Medicare.

¿Cuándo puede usted afiliarse a un plan de medicamentos de Medicare?

Puedes inscribirte en un plan de medicamentos de Medicare cuando seas elegible para Medicare por primera vez y cada año del 15 de octubre al 7 de diciembre. Sin embargo, si pierdes tu cobertura actual de medicamentos recetados válida, sin que sea culpa tuya, también serás elegible para un Período de Inscripción Especial (SEP) de dos (2) meses para inscribirte en un plan de medicamentos de Medicare.

¿Qué sucede con su cobertura actual si decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare?

Si decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare mientras está inscrito en la cobertura de su empleador como empleado activo, tenga en cuenta que la cobertura de su empleador será la principal pagadora de sus beneficios de medicamentos recetados y Medicare será la secundaria. Por lo tanto, el valor de sus beneficios de medicamentos recetados de Medicare podría reducirse significativamente. Medicare generalmente será el pagador principal de sus beneficios de medicamentos recetados si participa en la cobertura de su empleador como ex empleado.

También puede optar por cancelar la cobertura de su empleador. Si decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare y cancelar la cobertura actual de su empleador, tenga en cuenta que usted y sus dependientes podrían no poder recuperarla.

¿Cuándo tendrá que pagar una prima más alta (penalización) para unirse a un plan de medicamentos de Medicare?

También debe saber que si cancela o pierde su cobertura actual con su empleador y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días consecutivos posteriores a la finalización de su cobertura actual, es posible que deba pagar una prima más alta (una penalización) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si pasa 63 días consecutivos o más sin una cobertura válida para medicamentos recetados, su prima mensual podría aumentar al menos un 1 % de la prima base de Medicare para beneficiarios por cada mes que no haya tenido dicha cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin una cobertura válida, su prima podría ser consistentemente al menos un 19 % más alta que la prima base de Medicare para beneficiarios. Es posible que deba pagar esta prima más alta (una penalización) mientras tenga cobertura para medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que deba esperar hasta el siguiente octubre para inscribirse.

Para obtener más información, comuníquese con la persona que se indica a continuación. NOTA: Recibirá este aviso anualmente. También lo recibirá antes del próximo período en el que pueda inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, y si su cobertura a través de su empleador cambia. Asimismo, puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para obtener más información sobre sus opciones con la cobertura de medicamentos recetados de Medicare... Encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados en el manual "Medicare y usted". Recibirá una copia del manual por correo cada año de Medicare. También es posible que los planes de medicamentos de Medicare se comuniquen directamente con usted.

Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

- Visite www.medicare.gov. Llame a su Programa Estatal de Asistencia para el Seguro Médico (consulte la contraportada de su ejemplar del manual "Medicare y usted" para obtener su número de teléfono) para recibir ayuda personalizada.
- Llame al +1-800-MEDICARE (+1800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al +1877-486-2048.

AVISOS IMPORTANTES

Si sus ingresos y recursos son limitados, puede obtener ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda, visite el sitio web del Seguro Social en www.socialsecurity.gov o llame al +1800-772-1213 (TTY +1800-325-0778).

Recuerde: Conserve 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 al momento de la inscripción para demostrar si ha mantenido una cobertura acreditable y, por lo tanto, si debe pagar una prima más alta (una penalización).

Fecha:	01/10/2026 Swamp Rabbit Café/
Nombre de la entidad/remite:	Chelsea Kocian Gerente de Recursos Humanos
- Cargo/Oficina:	205 Cedar Lane, Greenville, SC 29611
Dirección:	(920) 645-4281
Número de teléfono:	

AVISO SOBRE LOS DERECHOS ESPECIALES DE INSCRIPCIÓN SEGÚN LA HIPAA

Si usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) rechazan la inscripción en el plan de salud grupal de su empleador debido a que ya cuentan con otro seguro médico o plan de salud grupal, es posible que pueda inscribirse en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para dicha cobertura (o si el empleador deja de contribuir a la misma). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores a la finalización de su cobertura o la de sus dependientes (o después de que el empleador deje de contribuir a la misma).

Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción, puede inscribirse usted y sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción.

Finalmente, usted o sus dependientes podrían tener derechos especiales de inscripción si pierden la cobertura de Medicaid o de un programa estatal de seguro médico (CHIP), o si usted o sus dependientes cumplen los requisitos para recibir asistencia estatal para el pago de primas. Dispone de 60 días a partir de la fecha de ocurrencia de alguno de estos eventos para notificar a la compañía e inscribirse en el plan.

Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, póngase en contacto con el administrador de su plan.

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

Su plan de salud, según lo exige la Ley de Derechos de la Mujer en Materia de Salud y Cáncer de 1998 (WHCRA), proporciona beneficios para servicios relacionados con la mastectomía, que incluyen:

Todas las etapas de la reconstrucción mamaria en la que se realizó la mastectomía;

Cirugía y reconstrucción de la otra mama para lograr una apariencia simétrica;

Prótesis; y

Tratamiento de las complicaciones físicas en todas las etapas de la mastectomía, incluido el linfedema.

Estos beneficios se ofrecen sujetos a los mismos deducibles y coseguros que se aplican a otros beneficios médicos y quirúrgicos contemplados en el plan. Si desea obtener más información sobre los beneficios de WHCRA, comuníquese con el administrador de su plan.

AVISO DE LA LEY DE PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LOS RECIÉN NACIDOS Y DE LAS MADRES (NMHPA)

En general, según la ley federal, los planes de salud grupales y las aseguradoras no pueden restringir los beneficios de la hospitalización relacionada con el parto, ya sea para la madre o el recién nacido, a menos de 48 horas después de un parto vaginal o a menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe que el médico que atiende a la madre o al recién nacido, tras consultar con ella, les dé el alta antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, según la ley federal, los planes y las aseguradoras no pueden exigir que un médico obtenga autorización del plan o de la aseguradora para prescribir una estancia hospitalaria que no exceda las 48 horas (o 96 horas).

SUS DERECHOS Y PROTECCIONES CONTRA FACTURAS MÉDICAS INESPERADAS

Cuando recibe atención de emergencia o es tratado por un proveedor que no pertenece a la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio que sí pertenece a la red, está protegido contra facturaciones sorpresa o cobros adicionales.

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

Cuando visite a un médico u otro profesional de la salud, es posible que deba cubrir ciertos gastos de su bolsillo, como un copago, un coseguro o un deducible. Si consulta con un proveedor o visita un centro de salud que no pertenece a la red de su plan de salud, es posible que tenga otros costos o que deba pagar la factura completa.

El término "fuera de la red" se refiere a proveedores e instalaciones que no tienen contrato con su plan de salud. Estos proveedores pueden facturarle la diferencia entre lo que su plan acordó pagar y el monto total cobrado por un servicio. Esto se conoce como "facturación de saldo". Es probable que este monto sea mayor que el costo dentro de la red para el mismo servicio y podría no contabilizarse dentro de su límite anual de gastos de bolsillo.

La "facturación sorpresa" es una factura con saldo inesperado. Esto puede ocurrir cuando no puedes controlar quién participa en tu atención médica, como en una emergencia o cuando programas una cita en un centro dentro de la red, pero te atiende inesperadamente un proveedor fuera de la red.

AVISOS IMPORTANTES

Estás protegido contra el cobro de saldo pendiente por:

Servicios de emergencia

Si usted sufre una emergencia médica y recibe atención de emergencia de un proveedor o centro que no pertenece a la red de su seguro, lo máximo que le pueden facturar será el monto de la cuota compartida de su plan (como copagos y coseguros). No se le puede cobrar la diferencia por estos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que reciba una vez que su estado sea estable, a menos que usted dé su consentimiento por escrito y renuncie a su derecho a no recibir cargos adicionales 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, el monto máximo que estos proveedores pueden facturarle es el copago de su plan dentro de la red. Esto aplica a los servicios de medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, cirugía auxiliar, medicina hospitalaria o cuidados intensivos. Estos proveedores no pueden cobrarle la diferencia y no pueden pedirle que renuncie a sus protecciones para evitar que se le cobre la diferencia.

Si usted recibe otros servicios en estos centros dentro de la red, los proveedores fuera de la red no pueden cobrarle la diferencia, a menos que usted dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones.

Nunca tendrá que renunciar a la protección contra el cobro de saldo pendiente. Tampoco tendrá que recibir atención médica fuera de la red. Puede elegir un proveedor o centro médico dentro de la red de su plan.

Cuando no se permite el cobro de saldo restante, también cuenta con las siguientes protecciones:

- Usted solo es responsable de pagar su parte del costo (como los copagos, el coseguro y los deducibles que pagaría si el proveedor o centro médico estuviera dentro de la red). Su plan de salud pagará directamente a los proveedores y centros médicos que no pertenezcan a la red.
- Su plan de salud generalmente debe:
 - oh Cubre los servicios de emergencia sin necesidad de obtener autorización previa.
 - oh Cubre los servicios de emergencia prestados por proveedores fuera de la red.
 - oh Base lo que usted le debe al proveedor o centro (coparticipación en los costos) en lo que este pagaría a un proveedor o centro dentro de la red y muestre esa cantidad en su explicación de beneficios.Cualquier cantidad que pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red se tendrá en cuenta para su deducible y límite de gastos de bolsillo.

Si cree que le han facturado incorrectamente, la siguiente información y los recursos disponibles le ayudarán a comprender sus derechos:

Asistencia telefónica: puede comunicarse con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos al (800) 985-3059 para analizar si puede tener algún derecho de protección contra la facturación inesperada en su caso.

Asistencia en línea disponible: También puede visitar el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid de EE. UU. para obtener más información sobre la protección contra facturas médicas inesperadas y para encontrar la información de contacto del departamento de seguros estatal u otra agencia o recurso similar en su estado, y así saber si tiene algún derecho según la ley estatal aplicable. Haga clic en su estado en el mapa para que aparezca la información de contacto.

OPCIONES DE COBERTURA DEL MERCADO DE SEGUROS MÉDICOS Y SU COBERTURA MÉDICA – NUEVOS EMPLEADOS

INFORMACIÓN

Parte A: Información general

Aunque su empleo le ofrezca cobertura médica, es posible que tenga otras opciones a través del Mercado de Seguros Médicos (Mercado de Seguros Médicos). Para ayudarle a evaluar las opciones disponibles para usted y su familia, este aviso le 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 de Seguros Médicos está diseñado para ayudarte a encontrar un seguro que se ajuste a tus necesidades y a tu presupuesto. El Mercado te ofrece una solución integral para encontrar y comparar opciones de seguros médicos privados en tu zona geográfica.

¿Puedo ahorrar dinero en las primas de mi seguro médico en el mercado de seguros?

Es posible que usted reúna los requisitos para ahorrar dinero y reducir su prima mensual y otros gastos de bolsillo, pero solo si su empleador no ofrece cobertura o si ofrece una cobertura que no se considera asequible para usted y que no cumple con ciertos estándares de valor mínimo (que se analizan a continuación).

AVISOS IMPORTANTES

Los ahorros a los que puedes optar dependen de los ingresos de tu hogar. También podrías tener derecho a un crédito fiscal que reduzca tus gastos.

¿Afecta la cobertura médica basada en el empleo a la elegibilidad para obtener ahorros en las primas a través del Mercado de Seguros Médicos?

Sí. Si su empleador le ofrece un plan de salud que se considera asequible y cumple con ciertos estándares de valor mínimo, no podrá optar a un crédito fiscal ni a un pago anticipado del mismo para su cobertura del Mercado de Seguros Médicos y quizás desee inscribirse en el plan de salud que le ofrece su empleador. Sin embargo, podría optar a un crédito fiscal y a pagos anticipados del mismo que reduzcan su prima mensual, o a una reducción en ciertos costos compartidos, si su empleador no le ofrece cobertura o si esta no se considera asequible o no cumple con los estándares de valor mínimo. Para los planes que comiencen en 2027, si su parte del costo de la prima de todos los planes que le ofrece su empleador supera el 10.22% de sus ingresos familiares anuales, o si la cobertura que le ofrece su empleador no cumple con el estándar de "valor mínimo" establecido por la Ley de Cuidado de Salud Asequible, podría optar a un crédito fiscal y a un pago anticipado del mismo si no se inscribe en la cobertura de salud que le ofrece su empleador. Para los familiares del empleado, la cobertura se considera asequible si el costo de las primas del plan de menor costo que cubriría a todos los miembros de la familia no supera el 10.22% de los ingresos del hogar del empleado.¹ Nota: Si adquiere un plan de salud a través del Mercado de Seguros Médicos en lugar de aceptar la cobertura ofrecida por su empleador, podría perder el acceso a la contribución del empleador a dicha cobertura. Además, esta contribución del empleador, así como su contribución como empleado a la cobertura ofrecida por su empleador, generalmente se excluye de los ingresos para fines de impuestos federales y estatales. Sus pagos por la cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos se realizan después de impuestos. Asimismo, tenga en cuenta que si la cobertura ofrecida por su empleador no cumple con los estándares de asequibilidad o valor mínimo, pero usted la acepta de todos modos, no será elegible para un crédito fiscal. Debe considerar todos estos factores al determinar si le conviene adquirir un plan de salud a través del Mercado de Seguros Médicos.

¿Cuándo puedo inscribirme en un seguro médico a través del Mercado de Seguros Médicos?

Puedes inscribirte en un plan de seguro médico del Mercado de Seguros Médicos durante el período de inscripción abierta anual del Mercado.

Fuera del período de inscripción abierta anual, puede inscribirse en un seguro médico si reúne los requisitos para un período de inscripción especial.

En general, usted puede ser elegible para un Período de Inscripción Especial después de ciertos eventos de vida que califican, tales como:

Casarse;

- Tener un bebé;
- Adoptar un niño; o
- Perder la elegibilidad para otra cobertura de salud.
- Dependiendo del tipo de Período de Inscripción Especial, es posible que tenga un período limitado antes o después del evento vital que da derecho a la inscripción para obtener cobertura del Mercado de Seguros Médicos.

Si usted o su familia pierden la cobertura de Medicaid o CHIP, también podrían calificar para un Período de Inscripción Especial para inscribirse en la cobertura del Mercado de Seguros Médicos. Visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) para obtener información actualizada sobre los requisitos de elegibilidad e inscripción.

¿Qué hay de las alternativas a la cobertura de seguro médico del mercado de seguros?

Si usted o su familia reúnen los requisitos para recibir cobertura a través de un plan de salud basado en el empleo, también pueden tener derechos de inscripción especiales para inscribirse en ese plan en determinadas circunstancias, incluso después de perder la cobertura de Medicaid o CHIP.

Por lo general, dispone de 60 días después de perder la cobertura de Medicaid o CHIP para solicitar la inscripción especial en un plan de salud patrocinado por el empleador.

1

² Indexado anualmente; consulte https://www.irs.gov/irb/2026-31_irb?utm_source=para%2026.

Un plan de salud patrocinado por el empleador u otro plan de salud basado en el empleo cumple con el "estándar de valor mínimo" si la parte del plan del beneficio total permitido Los costos cubiertos por el plan no son inferiores al 60 por ciento de dichos costos. Para poder optar al crédito fiscal para primas, y cumplir con el "estándar de valor mínimo", el plan de salud también debe proporcionar una cobertura sustancial tanto para los servicios hospitalarios de internación como para los servicios médicos.

AVISOS IMPORTANTES

También puede inscribirse en Medicaid o en el programa CHIP en cualquier momento completando una solicitud a través del Mercado de Seguros Médicos o solicitándola directamente a través de la agencia estatal de Medicaid. Visite <https://www.healthcare.gov/medicaid-chip/getting-medicaid-chip/> para obtener más información.

¿Cómo puedo obtener más información?

El Mercado de Seguros Médicos puede ayudarle a evaluar sus opciones de cobertura, incluyendo su elegibilidad y su costo. Visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) para obtener más información, incluyendo una solicitud en línea para obtener cobertura de seguro médico e información de contacto del Mercado de Seguros Médicos en su área.

Parte B: Información sobre la cobertura médica que ofrece su empleador

Esta sección contiene información sobre la cobertura médica que ofrece su empleador. Si decide solicitar cobertura en el Mercado de Seguros Médicos, se le pedirá que proporcione esta información. El orden de esta información corresponde al de la solicitud del Mercado.

"Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con el "estándar de valor mínimo" si la parte del plan del total de los costos de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es menos del 60 por ciento de dichos costos (Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código de Rentas Internas de 1986).

ASISTENCIA PARA EL PAGO DE PRIMAS BAJO MEDICAID Y EL PROGRAMA DE SEGURO MÉDICO INFANTIL

(CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para la cobertura médica de su empleador, su estado podría tener un programa de asistencia para el pago de primas que puede ayudarle a pagar la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no serán elegibles para estos programas de asistencia para el pago de primas, pero podrían adquirir un seguro médico individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información, visite www.healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y viven en uno de los estados que se enumeran a continuación, comuníquese con la oficina estatal de Medicaid o CHIP para averiguar si hay disponible ayuda para el pago de las primas.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y cree que usted o alguno de sus dependientes podrían ser elegibles para alguno de estos programas, comuníquese con la oficina estatal de Medicaid o CHIP, llame al 1-877-KIDS NOW o visite www.insurekidsnow.gov para obtener información sobre cómo solicitarlo. Si cumple con los requisitos, pregunte a su estado si cuenta con un programa que pueda ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por su empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir asistencia para el pago de primas a través de Medicaid o CHIP, así como también lo son a través del plan de su empleador, este debe permitirle inscribirse en dicho plan si aún no lo está. Esto se denomina una oportunidad de "inscripción especial" y debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días posteriores a la determinación de su elegibilidad para la asistencia para el pago de primas. Si tiene preguntas sobre la inscripción en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo en www.askebsa.dol.gov o llame al +1866-444-3272 (EBSA).

Si reside en uno de los siguientes estados, podría ser elegible para recibir asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de julio de 2024. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre los requisitos de elegibilidad.

ALABAMA – Medicaid	ALASKA – Medicaid
Sitio web: http://myalhipp.com/ Teléfono: +1855-692-5447	Sitio web del programa de pago de primas de seguros de salud de Alaska: http://myakhipp.com/ Teléfono: +1866-251-4861 Correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Requisitos de elegibilidad para Medicaid: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx
ARKANSAS – Medicaid	CALIFORNIA – Medicaid
Sitio web: http://myarhipp.com/ Teléfono: +1855-MyARHIPP (855-692-7447)	Sitio web del Programa de Pago de Primas de Seguro Médico (HIPP): http://dhcs.ca.gov/hipp Teléfono: +1916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov
COLORADO – Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)	FLORIDA – Medicaid
Sitio web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/ Centro de contacto para miembros de Health First Colorado: +1800-221-3943/Servicio de retransmisión estatal 711 CHP+: https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus	Sitio web: https://www.flmedicaidtprecovery.com/flmedicaidtprecovery.com/hipp/index.html Teléfono: +1877-357-3268

AVISOS IMPORTANTES

Servicio al cliente de CHP+: +1800-359-1991/Servicio de retransmisión estatal 711 Programa de compra de seguro médico (HIBI): https://www.mycohibi.com/ Servicio de atención al cliente de HIBI: +1855-692-6442	
GEORGIA – Medicaid Sitio web de GA HIPP: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-primary-payment-program-hipp Teléfono: +1678-564-1162, presione 1 Sitio web de GA CHIPRA: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Teléfono: +1678-564-1162, presione 2	INDIANA – Medicaid Programa de pago de primas de seguro médico Todos los demás sitios web de Medicaid: https://www.in.gov/medicaid/ http://www.in.gov/fssa/dfr/ Administración de Servicios Sociales y Familiares Teléfono: +1800-403-0864 Servicios para Miembros Teléfono: +1800-457-4584
IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki) Sitio web de Medicaid: Medicaid de Iowa Salud y Servicios Humanos Teléfono de Medicaid: +1800-338-8366 Sitio web de Hawki: Hawki - Niños sanos y bien atendidos en Iowa Salud y Servicios Humanos Teléfono de Hawki: +1800-257-8563 Sitio web de HIPP: Pago de primas de seguro médico (HIPP) Salud y Servicios Humanos (iowa.gov) Teléfono de HIPP: +1888-346-9562	Kansas – Medicaid Sitio web: https://www.kancare.ks.gov/ Teléfono: +1800-792-4884 Teléfono HIPP: +1800-967-4660
KENTUCKY – Medicaid Programa Integrado de Pago de Primas de Seguros de Salud de Kentucky (KI-HIPP) Sitio web: https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihhipp.aspx Teléfono: +1855-459-6328 Correo electrónico: KIHIPP.PROGRAM@ky.gov Sitio web de KCHIP: https://kynect.ky.gov Teléfono: +1877-524-4718 Sitio web de Medicaid de Kentucky: https://chfs.ky.gov/agencies/dms	LUISIANA – Medicaid Sitio web: www.medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o +1855-618-5488 (LaHIPP)
MAINE – Medicaid Sitio web de inscripción: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US Teléfono: +1800-442-6003 TTY: Maine Relay 711 Página web de primas de seguros médicos privados: https://www.maine.gov/dhhs/ofc/applications-forms Teléfono: +1800-977-6740 TTY: Maine Relay 711 Sitio web: https://www.maine.gov/dhhs/ofc/applications-forms	MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP Sitio web: https://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: +1800-862-4840 TTY: 711 Correo electrónico: masspremassistance@accenture.com
MINNESOTA – Medicaid https://www.mnhs.gov/medicaid Teléfono: +1800-657-3672	MISURI – Medicaid Sitio web: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: +1573-751-2005
MONTANA – Medicaid Sitio web: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: +1800-694-3084 Correo electrónico: HSHIPPProgram@mt.gov	NEBRASKA – Medicaid Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: +1855-632-7633 Lincoln: +1402-473-7000 Omaha: +1402-595-1178
NEVADA – Medicaid Sitio web de Medicaid: http://dhcnp.nv.gov Teléfono de Medicaid: +1800-992-0900	NUEVO HAMPSHIRE – Medicaid Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Teléfono: +1603-271-5218 Número gratuito para el programa HIPP: +1800-852-3345, ext. 15218 Correo electrónico: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov
NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Teléfono: +1800-356-1561 Asistencia Premium de CHIP Teléfono: +1609-631-2392 Sitio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710 (TTY: 711)	NUEVA YORK – Medicaid Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: +1800-541-2831

AVISOS IMPORTANTES

CAROLINA DEL NORTE – Medicaid	DAKOTA DEL NORTE – Medicaid
Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov/ Teléfono: +1 919-855-4100	Sitio web: https://www.hhs.nd.gov/healthcare Teléfono: +1844-854-4825
OKLAHOMA – Medicaid y CHIP	OREGÓN – Medicaid
Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: +1888-365-3742	Sitio web: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx Teléfono: +1800-699-9075
PENNSYLVANIA – Medicaid y CHIP	RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html Teléfono: +1800-692-7462 Sitio web de CHIP: Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) (pa.gov) Teléfono de CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)	Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: +1855-697-4347 o +1401-462-0311 (Línea directa de Rite Share)
CAROLINA DEL SUR – Medicaid	DAKOTA DEL SUR – Medicaid
Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: +1888-549-0820	Sitio web: http://dss.sd.gov Teléfono: +1888-828-0059
TEXAS – Medicaid	UTAH – Medicaid y CHIP
Sitio web: Programa de Pago de Primas de Seguro Médico (HIPP) Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas Teléfono: +1800-440-0493	Sitio web del Programa de Colaboración Premium para el Seguro Médico (UPP) de Utah: https://medicaid.utah.gov/upp/ Correo electrónico: upp@utah.gov Teléfono: +1888-222-2542 Sitio web de expansión para adultos: https://medicaid.utah.gov/expansion/ Sitio web del programa de compra de Medicaid de Utah: https://medicaid.utah.gov/buyout-program/ Sitio web de CHIP: https://chip.utah.gov/
VERMONT – Medicaid	VIRGINIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: Programa de pago de primas de seguro médico (HIPP) Departamento de Vermont Health Access Teléfono: +1800-250-8427	Sitio web: https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistement/famis-select https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-Assistencia/Pago de primas de seguro médico - Programas HIPP Medicaid/CHIP Teléfono: +1800-432-5924
WASHINGTON – Medicaid	VIRGINIA OCCIDENTAL – Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.hca.wa.gov/ Teléfono: +1800-562-3022	Sitio web: https://dhhr.wv.gov/bms/http://mywvhpp.com/ Teléfono de Medicaid: +1304-558-1700 Teléfono gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)
WISCONSIN – Medicaid y CHIP	WYOMING – Medicaid
Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: +1800-362-3002	Sitio web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Teléfono: +1800-251-1269

Para saber si otros estados han añadido un programa de asistencia para primas desde el 31 de julio de 2024, o para obtener más información sobre los derechos de inscripción especiales, póngase en contacto con:

Administración de Seguridad de Beneficios
para Empleados del Departamento de
Trabajo de los Estados Unidos
www.dol.gov/agencies/ebsa
+1866-444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos
Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
www.cms.hhs.gov
+1877-267-2323, Opción de menú 4, Ext.
61565