ARCO Companies

HEALTH PLAN NOTICES

TABLE OF CONTENTS

1. Aviso de cobertura acreditable de la Parte D de Medicare
2. Aviso integral de la HIPAA sobre políticas y procedimientos de privacidad
3. Aviso de derechos especiales de inscripción
4. Aviso general de la COBRA
5. Aviso de derechos de salud y cáncer de las mujeres
6. Aviso de la Ley de Michelle
    - Este aviso aún es necesario cuando un plan de salud permite elegibilidad de dependientes mayores de 26 años de edad, pero condiciona dicha elegibilidad al estatus de estudiante. Además, el aviso sigue siendo necesario si el plan permite cobertura para dependientes que no son hijos (p. ej., nietos) supeditados al estatus de estudiante. El aviso se debe emitir cada vez que se solicite certificación de estatus de estudiante.
7. Ayuda con las primas de acuerdo a Medicaid y al Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP)

AVISO IMPORTANTE

Este paquete de avisos relacionados con nuestro plan médico incluye un aviso sobre cómo se compara la cobertura de medicamentos con prescripción del plan y la Parte D de Medicare. Si usted, o un miembro de su familia con cobertura, también está inscrito en las Partes A o B de Medicare, pero no en la Parte D, debe leer con detenimiento el aviso de la Parte D de Medicare. Se titula "Aviso importante de ARCO Companies sobre su cobertura de medicamentos con prescripción y Medicare".

ARCO Companies

MEDICARE PART D CREDITABLE COVERAGE NOTICE (En Espanol)

AVISO IMPORTANTE DE ARCO COMPANIES SOBRE

SU COBERTURA DE MEDICAMENTOS CON PRESCIPCIÓN Y MEDICARE

Lea este aviso con detenimiento y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos con prescripción con ARCO Companies y sobre sus opciones amparadas por la cobertura de medicamentos con prescripción de Medicare. Esta información puede ayudarlo a decidir si desea inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. La información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos con prescripción se encuentra al final de este aviso.

Si ni usted ni sus dependientes cubiertos son elegibles ni tienen Medicare, este aviso no aplica ni para usted ni para sus dependientes, según sea el caso. Sin embargo, igual debe conservar una copia de este aviso en caso de que usted o un dependiente califiquen para cobertura de Medicare en el futuro. Tenga en cuenta, sin embargo, que los avisos posteriores pueden reemplazar este aviso.

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

1. La cobertura de medicamentos con prescripción de Medicare estuvo disponible en 2006 para todas las personas que tenían Medicare. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan de Medicamentos con Prescripción de Medicare o en un Plan Medicare Advantage (como una Organización para el Mantenimiento de la Salud [Health Maintenance Organization, HMO] o una Organización de Proveedores Preferidos [Preferred Provider Organization, PPO]) que ofrecen cobertura de medicamentos con prescripción. Todos los planes de medicamentos de Medicare brindan, al menos, un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
2. ARCO Companies ha determinado que se prevé que la cobertura de medicamentos con prescripción ofrecida por el Plan de Salud del Empleado ("Plan") de ARCO Companies pague, en promedio para todos los participantes del plan, tanto como paga la cobertura estándar de medicamentos con prescripción de Medicare, y que se considere como una cobertura "acreditable" de medicamentos con prescripción. Esto es importante por los motivos que se describen a continuación.

Debido a que su cobertura actual es, en promedio, al menos tan buena como la cobertura estándar de medicamentos con prescripción de Medicare, puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una penalización) si posteriormente decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, siempre que lo haga dentro de períodos específicos.

Inscribirse en Medicare — Normas generales

A modo de contexto, puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare si primero ha sido elegible para Medicare. Si califica para Medicare debido a su edad, puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare durante un período de inscripción inicial de siete meses. Ese período comienza tres meses antes de que cumpla 65 años, incluyendo el mes en que los cumple, y continúa durante los siguientes tres meses. Si califica para Medicare debido a discapacidad o a enfermedad renal en fase terminal, su período inicial de inscripción en la Parte D de Medicare depende de la fecha en la

que comenzó su discapacidad o tratamiento. Para obtener más información, debe comunicarse con Medicare al número de teléfono o a la dirección web que aparecen más adelante.

Inscripción tardía y penalización por inscripción tardía

Si decide *esperar* para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, puede hacerlo posteriormente durante el período de inscripción anual de la Parte D de Medicare, el cual se abre cada año del 15 de octubre al 7 de diciembre. Pero como norma general, si difiere su inscripción en la Parte D de Medicare después de haber sido elegible para inscribirse, es posible que deba pagar una prima más alta (una penalización).

Si después de su período inicial de inscripción de la Parte D de Medicare usted pasa **63 días continuos o más sin cobertura "acreditable" de medicamentos con prescripción** (es decir, una cobertura de medicamentos con prescripción que sea, al menos, tan buena como la cobertura de medicamentos con prescripción de Medicare), su prima mensual de la Parte D puede subir en, al menos, 1% de la prima que habría pagado si se hubiera inscrito oportunamente por cada mes que no tuvo cobertura acreditable.

Por ejemplo, si después de su período inicial de inscripción de la Parte D de Medicare usted pasa 19 meses sin cobertura, su prima puede ser, al menos, 19% más alta que la prima que de otro modo hubiera pagado. Es posible que tenga que pagar esta prima más alta durante el tiempo que tenga cobertura de medicamentos con prescripción de Medicare. *Sin embargo, hay algunas excepciones importantes a la penalización por inscripción tardía.*

Excepciones del período especial de inscripción a la penalización por inscripción tardía

Existen "períodos especiales de inscripción" que le permiten agregar cobertura de la Parte D de Medicare meses o incluso años después de que sea elegible para hacerlo, sin una penalización. Por ejemplo, si después de su período inicial de inscripción de la Parte D de Medicare pierde o decide abandonar la cobertura médica patrocinada por el empleador o por el sindicato que incluye cobertura "acreditable" de medicamentos con prescripción, será elegible para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare en ese momento.

Además, si de otro modo pierde otra cobertura acreditable de medicamentos con prescripción (como en el caso de una póliza individual) sin que sea su culpa, podrá inscribirse nuevamente en un plan de medicamentos de Medicare sin penalización. Estos períodos especiales de inscripción finalizan dos meses después del mes en el que finaliza su otra cobertura.

Compare coberturas

Debe comparar su cobertura actual, incluidos cuáles medicamentos están cubiertos a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos con prescripción de Medicare en su área. Consulte el resumen del Plan de ARCO Companies para obtener una síntesis de la cobertura de medicamentos con prescripción del plan. Si no tiene una copia, puede obtener una al comunicarse con nosotros al número de teléfono o a la dirección que se encuentran más adelante.

Coordinación de otra cobertura con la Parte D de Medicare

En términos generales, si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare mientras está cubierto por el plan de ARCO Companies debido a su empleo (o al empleo de otra persona, como su cónyuge o alguno de sus padres), su cobertura amparada por el Plan de ARCO Companies no resultará afectada. Para la mayoría de las personas cubiertas por el Plan, el Plan pagará primero los beneficios de medicamentos con prescripción, y Medicare determinará sus pagos en segundo lugar. Para obtener más información acerca de este tema sobre qué programa paga primero y qué programa paga en segundo lugar, consulte el resumen del Plan o comuníquese con Medicare al número de teléfono o a la dirección web que figuran más adelante.

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y cancelar su cobertura de medicamentos con prescripción de ARCO Companies, tenga en cuenta que es posible que usted y sus dependientes no puedan recuperar esta cobertura. Para recuperar la cobertura, deberá volver a inscribirse en el Plan, conforme a las normas de elegibilidad e inscripción del Plan. Debe revisar el resumen del Plan para determinar si le está permitido agregar cobertura y cuándo.

Para obtener más información sobre este aviso o sobre su cobertura actual de medicamentos con prescripción:

Comuníquese con la persona que figura más adelante para obtener más información, o llame al (314)390-6669. **NOTA:** Recibirá este aviso cada año. También lo recibirá antes del próximo período en el que puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, y si esta cobertura a través de ARCO Companies cambia. También puede solicitar una copia.

Para obtener más información sobre sus opciones amparadas por la cobertura de medicamentos con prescripción de Medicare:

Puede encontrar información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos con prescripción en el manual "Medicare & You" (Medicare y usted). Obtendrá una copia del manual por correo cada año de parte 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 CON PRESCRIPCIÓN DE MEDICARE:

- Visite www.medicare.gov.
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia de Seguros Médicos (consulte la contraportada interior de su copia del manual "Medicare y usted" para obtener su número de teléfono) 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 tiene ingresos y recursos limitados, hay disponible ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos con prescripción de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite el sitio web del Seguro Social en www.socialsecurity.gov o llame al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

Recuerde: Conserve este aviso de cobertura acreditable. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que deba proporcionar una copia de este aviso cuando se lo haga para mostrar si ha mantenido o no una cobertura acreditable y si debe o no pagar una prima más alta (una penalización).

Fecha:	October 1, 2026
Nombre de la entidad/del remitente:	Kelly Oliver
Contacto — Cargo/oficina:	Sr. Manager of Total Rewards
Dirección:	8300 Eager Road, Suite 500 St. Louis, MO 63144
Número de teléfono:	(314)390-6669

AVISO INTEGRAL DE LA HIPAA SOBRE POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DE PRIVACIDAD

ARCO COMPANIES

AVISO IMPORTANTE

AVISO INTEGRAL DE LA HIPAA SOBRE POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO CON DETENIMIENTO.

Este aviso se le proporciona a usted en nombre de:

ENTER OTHER PLAN INFO HERE

1. **Introducción**: Este aviso se brinda a todos los participantes cubiertos de acuerdo con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA) y tiene la intención de informarle sobre las obligaciones legales y las prácticas de privacidad de los planes de salud grupales autoasegurados de la empresa. Si usted participa en cualquier plan de salud grupal totalmente asegurado de la empresa, las compañías de seguro con respecto a esos planes deben entregarle un aviso de privacidad por separado con respecto a sus prácticas.

2. **Regla general**: La HIPAA exige que un plan de salud grupal mantenga la privacidad de la información médica protegida, que informe a las personas con avisos sobre las obligaciones legales y las prácticas de privacidad del plan con respecto a la información médica protegida, y que notifique a las personas afectadas tras una violación de la información médica protegida no segura. En general, un plan de salud grupal solo puede divulgar información médica protegida (i) con el fin de efectuar el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica del plan (ii) conforme a su autorización por escrito, o (iii) para cualquier otro propósito permitido por las regulaciones de la HIPAA.

3**. Información médica protegida**: El término «información médica protegida» incluye toda la información médica individual identificable transmitida o mantenida por un plan de salud grupal, independientemente de si esa información se mantiene o no en un formato oral, escrito o electrónico. La información médica protegida no incluye los registros de empleo ni la información médica que haya sido privada de toda información identificable individualmente y con respecto a la cual no existan motivos razonables para creer que la información médica pueda utilizarse para identificar a una persona en concreta.

4. **Uso y divulgación para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica**: Un plan de salud grupal puede utilizar información médica protegida sin su autorización para llevar a cabo el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica del plan de salud grupal.

- Un ejemplo de una actividad de «tratamiento» incluye la consulta entre el plan y su proveedor de atención médica con respecto a su cobertura según el plan.
- Algunos ejemplos de actividades de «pago» incluyen la facturación, la gestión de reclamos y las revisiones de necesidad médica.
- Algunos ejemplos de «operaciones de atención médica» incluyen el control de

enfermedades y las actividades de gestión de casos.

El plan de salud grupal también puede divulgar información médica protegida a un grupo designado de empleados de la empresa, conocido como el equipo de privacidad de la HIPAA, con el fin de realizar las funciones administrativas del plan, incluidos el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica.

5. **Divulgación para fines de suscripción**. Por lo general, se prohíbe a un plan de salud grupal usar o divulgar información médica protegida que sea información genética de una persona con fines de suscripción.

6. **Usos y divulgaciones que requieren autorización por escrito**: Sujeto a ciertas excepciones descritas en otra parte de este aviso o establecidas en las regulaciones del Departamento de Salud y Servicios Humanos, un plan de salud grupal no puede divulgar información médica protegida por motivos no relacionados con el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica sin su autorización. Específicamente, un plan de salud grupal no puede utilizar su información médica protegida con fines de marketing ni vender su información médica protegida. Todo uso o divulgación no indicado en este aviso se realizará únicamente con su autorización por escrito. Si autoriza una divulgación de información médica protegida, se divulgará únicamente con el fin de su autorización y se podrá revocar en cualquier momento. Los formularios de autorización están disponibles con el responsable de privacidad identificado en la sección 23.

7. **Regla especial para la información médica de salud mental**: Por lo general, su autorización por escrito se obtendrá antes de que un plan de salud grupal utilice o divulgue notas de psicoterapia (si las hubiera) sobre usted.

8. **Usos y divulgaciones para los cuales no se requiere autorización u oportunidad de objetar**: Un plan de salud grupal puede usar y divulgar su información médica protegida sin su autorización en las siguientes circunstancias:

- Cuando lo exija la ley.
- Cuando esté permitido con fines de actividades de salud pública.
- Cuando la ley lo autorice para informar a las autoridades públicas sobre abuso, negligencia o violencia doméstica.
- Cuando esté autorizado por ley a una agencia de supervisión de la salud pública para actividades de supervisión;
- Cuando sea necesario para procedimientos judiciales o administrativos;
- Cuando sea necesario con fines de aplicación de la ley;
- Cuando sea necesario entregarlo a un médico forense, examinador médico o director de funeraria;
- Cuando se divulgue a una organización de obtención de órganos.
- Cuando se utilice para la investigación, sujeto a ciertas condiciones.
- Cuando sea necesario para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o seguridad de una persona o de las personas y la divulgación es para una persona razonablemente capaz de prevenir o disminuir la amenaza.
- Cuando esté autorizado y en la medida necesaria para cumplir con la indemnización para trabajadores u otros programas similares establecidos por ley.

9. **Estándar mínimo necesario**: Cuando se utiliza o divulga información médica protegida o cuando se solicita información médica protegida de otra entidad cubierta, un plan de salud grupal debe hacer esfuerzos razonables para no utilizar, divulgar o solicitar más que la cantidad mínima de información médica protegida necesaria para lograr el propósito previsto de uso, divulgación o solicitud. El estándar mínimo necesario no se aplicará a: divulgaciones o solicitudes de un proveedor de atención médica para el tratamiento; usos o divulgaciones hechas a la persona sobre su propia información médica protegida, según lo permita o requiera la HIPAA; divulgaciones hechas al Departamento de Salud y Servicios Humanos; o usos o divulgaciones que la ley exija.

10. Divulgaciones de información médica resumida: Un plan de salud grupal puede utilizar o divulgar información médica resumida a la empresa con el fin de obtener ofertas de primas o modificar, enmendar o cancelar el plan de salud grupal. La información médica resumida contiene el historial de reclamos y otra información del participante sin identificar la información específica de ninguna persona.

11. Divulgaciones de la información de inscripción: Un plan de salud grupal puede divulgar a la empresa información sobre si una persona está inscrita o ha cancelado su inscripción en el plan.

12. Divulgación al Departamento de Salud y Servicios Humanos: Un plan de salud grupal puede usar y divulgar su información médica protegida al Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar el cumplimiento del plan de salud grupal con las regulaciones de privacidad.

13. Divulgaciones a familiares, otras relaciones y amigos personales cercanos: Un plan de salud grupal puede divulgar información médica protegida a sus familiares, otros familiares, amigos personales cercanos y cualquier otra persona que elija, si: (i) la información es directamente relevante para la participación de la persona en su atención o en el pago de esa atención, y (ii) usted ha aceptado la divulgación, se le ha dado la oportunidad de oponerse y no lo ha hecho, o se deduce razonablemente de las circunstancias, basándose en la práctica habitual del plan, que usted no se opondría a la divulgación.

Por ejemplo, si está casado, el plan compartirá su información médica protegida con su cónyuge si este demuestra razonablemente al plan y a sus representantes que actúa en su nombre y con su consentimiento. Su cónyuge podría hacerlo proporcionando al plan su número de reclamo o su número de Seguro Social. Del mismo modo, el plan compartirá, por lo general, información médica protegida sobre un hijo dependiente (emancipado o no) con los padres del niño. El plan también podría divulgar su información médica protegida a sus familiares, otros familiares y amigos personales cercanos si usted no puede tomar decisiones de atención médica sobre usted debido a una incapacidad o una emergencia.

14. Nombramiento de un representante personal: Puede ejercer sus derechos a través de un representante personal con la prueba de autoridad correspondiente (incluido, por ejemplo, un poder notarial). El plan de salud grupal conserva la discreción de negar el acceso a su información médica protegida a un representante personal.

15. **Derecho individual a solicitar restricciones sobre el uso o la divulgación de información médica protegida**: Puede solicitar al plan de salud grupal que restrinja (1) los usos y las divulgaciones de su información médica protegida para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica, o (2) los usos y las divulgaciones a familiares, otros familiares, amigos u otras personas identificadas por usted que participan en su atención o en el pago de su atención. Sin embargo, el plan de salud grupal no está obligado y, por lo general, no aceptará su solicitud en ausencia de circunstancias especiales. Una entidad cubierta (que no sea un plan de salud grupal) debe aceptar la solicitud de una persona de restringir la divulgación de información médica protegida sobre la persona al plan de salud grupal, si (a) la divulgación se realiza con el fin de efectuar operaciones de pago o atención médica y no está exigida por la ley, y (b) la información médica protegida se refiere únicamente a un artículo o servicio de atención médica por el cual la persona (o una persona distinta al plan de salud en nombre del individuo) haya pagado en su totalidad a la entidad cubierta.

16. **Derecho individual a solicitar comunicaciones alternativas**: El plan de salud grupal aceptará solicitudes razonables por escrito para recibir comunicaciones de información médica protegida por medios alternativos o en lugares alternativos (como un número de teléfono o un domicilio postal alternativos) si usted manifiesta que la divulgación podría ponerlo en peligro. Por lo general, el plan no aceptará una solicitud para recibir comunicaciones de información médica protegida por medios alternativos o en lugares alternativos por razones distintas a que usted esté en peligro, a menos que existan circunstancias especiales justifiquen una excepción.

17 Derecho individual a inspeccionar y copiar información médica protegida: Usted tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia de su información médica protegida contenida en un «conjunto de registros designados», durante el tiempo que el plan de salud grupal conserve la información médica protegida. Un «conjunto de registros designado» incluye los registros médicos y los registros de facturación sobre las personas que conserva un proveedor de atención médica cubierto; los sistemas de registro de inscripción, pago, facturación, adjudicación de reclamos y gestión médica o de casos mantenidos por o para un plan de salud; u otra información utilizada en su totalidad o en parte por el plan de salud grupal para tomar decisiones sobre las personas.

La información solicitada se facilitará en un plazo de 30 días. Se permite una única extensión de 30 días si el plan de salud grupal no puede cumplir con la fecha límite. Si se deniega el acceso, usted o su representante personal recibirán una denegación por escrito en la que se expondrán los motivos de la denegación, una descripción de cómo puede ejercer esos derechos de revisión y una descripción de cómo puede comunicarse con el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

18 Derecho individual a modificar la información médica protegida: Usted tiene derecho a solicitar que el plan de salud grupal modifique su información médica protegida durante el tiempo que la información médica protegida se mantenga en el conjunto de registros designados. El plan de salud grupal dispone de 60 días a partir de la presentación de la solicitud para tomar una decisión al respecto. Se permite una única extensión de 30 días si el plan de salud grupal no puede cumplir con la fecha límite. Si la solicitud se deniega en su totalidad o en parte, el plan de salud grupal debe proporcionarle una denegación por escrito que explique los motivos de la negación. A continuación, puede presentar una declaración por escrito en desacuerdo con la denegación y hacer que dicha declaración se incluya con cualquier divulgación futura de su información médica protegida.

19. Derecho a recibir un registro de las divulgaciones de información médica protegida: Usted tiene derecho a solicitar un registro de todas las divulgaciones de su información médica protegida por parte del plan de salud grupal durante los seis años anteriores a la fecha de su solicitud. Sin embargo, no es necesario que dicho registro incluya las divulgaciones realizadas: (1) para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica; (2) a personas sobre su propia información médica protegida; (3) antes de la fecha de cumplimiento; o (4) de conformidad con la autorización de una persona.

Si el registro no puede efectuarse en un plazo de 60 días, se permite un plazo adicional de 30 días si la persona recibe una declaración por escrito de los motivos del retraso y la fecha en la que se facilitará el registro. Si solicita más de un registro en un periodo de 12 meses, el plan de salud grupal puede cobrar una tarifa razonable por cada registro posterior.

20. Derecho a recibir una copia impresa de este aviso si lo solicita: Si recibe este aviso en formato electrónico, usted tiene derecho a recibir una copia por escrito de este aviso sin costo comunicándose con el responsable de privacidad (consulte la sección 23).

21. Cambios en las prácticas de privacidad. Cada plan de salud grupal se reserva el derecho de cambiar sus prácticas de privacidad ocasionalmente por acción del responsable de privacidad. Se le enviará un aviso previo de cualquier cambio esencial en las prácticas de privacidad del plan.

22. Su derecho a presentar una queja ante el plan de salud grupal o el Departamento de Salud y Servicios Humanos: Si considera que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante el plan de salud grupal a cargo del responsable de privacidad de la HIPAA (consulte la sección 23). También puede presentar una queja ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. a Hubert H. Humphrey Building, 200 Independence Avenue S.W., Washington, D.C. 20201. El plan de salud grupal no tomará represalias contra usted por presentar una queja.

23. Persona de contacto del plan de salud grupal para obtener más información [/ u]: Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o sobre los temas tratados en él, puede ponerse en contacto con el responsable de privacidad: [INSERTAR NOMBRE/TÍTULO Y CORREO ELECTRÓNICO O NÚMERO DE TELÉFONO].

24. Tratamiento del Trastorno por Uso de Sustancias.

El plan de salud grupal puede recibir ciertos registros de tratamiento del trastorno por uso de sustancias (SUD) que están protegidos por la ley federal bajo 42 C.F.R. Parte 2 ("Parte 2"). Estos registros están sujetos a protecciones de privacidad más estrictas que las reglas de privacidad de HIPAA. El plan de salud grupal seguirá todos los requisitos aplicables de la Parte 2 para proteger, mantener, usar y divulgar cualquier información de tratamiento de SUD que reciba.

Si el plan de salud del grupo recibe o mantiene información sobre TUS protegida por la Parte 2, el plan no puede usar ni divulgar los registros de la Parte 2 a menos que: (i) el plan tenga tu consentimiento por escrito que cumpla con los requisitos de la Parte 2; (ii) la divulgación esté expresamente permitida por las regulaciones de la Parte 2; o (iii) un tribunal emita una orden que cumpla con la Parte 2. Ejemplos de divulgaciones permitidas incluyen emergencias médicas, ciertas actividades de auditoría o evaluación por agencias autorizadas, u otras circunstancias limitadas permitidas bajo la Parte 2.

Los registros de la Parte 2 generalmente no se pueden usar ni divulgar en ningún procedimiento civil, penal, administrativo o legislativo en el que seas parte, a menos que des tu consentimiento por escrito de acuerdo con los requisitos de la Parte 2; o un juez ordene la divulgación siguiendo los procedimientos que exige la Parte 2.

El plan de salud grupal no divulgará ningún registro de la Parte 2 con fines de recaudación de fondos a menos que primero se te dé una oportunidad clara y evidente de optar por no recibir comunicaciones de recaudación de fondos. Si los registros de la Parte 2 se divulgan a otra parte, la ley federal puede prohibir que el receptor vuelva a divulgar esa información, a menos que la Parte 2 permita expresamente una divulgación adicional.

Según corresponda, tienes el derecho de: (i) solicitar acceso a tus registros de la Parte 2 mantenidos por el plan; (ii) pedir restricciones en las divulgaciones, incluyendo las permitidas bajo la Parte 2; y (iii) revocar tu consentimiento a las divulgaciones permitidas bajo la Parte 2, excepto en la medida en que ya hayamos dependido de él.

Funcionario de Privacidad

El Funcionario de Privacidad del Plan, la persona responsable de garantizar el cumplimiento de este aviso, es:

Kelly Oliver

Sr. Manager of Total Rewards

(314)390-6669

El(los) Funcionario(s) Adjunto(s) de Privacidad del Plan es(son):

Kelly Oliver

Sr. Manager of Total Rewards

(314)390-6669

Fecha de entrada en vigor:

La fecha de entrada en vigor de este aviso es: October 1, 2026.

AVISO DE DERECHOS ESPECIALES DE INSCRIPCIÓN

PLAN DE SALUD DEL EMPLEADO DE ARCO COMPANIES

AVISO DE DERECHOS ESPECIALES DE INSCRIPCIÓN

Si rechaza la inscripción para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a otro seguro de salud o a un plan colectivo de cobertura médica, puede inscribirse posteriormente a sí mismo 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 contribuir a su otra cobertura o a la de sus dependientes).

La pérdida de elegibilidad incluye, entre otros:

- Pérdida de elegibilidad para la cobertura como consecuencia de dejar de cumplir con los requisitos de elegibilidad del plan (p. ej., divorcio, cese de la situación de dependiente, fallecimiento de un empleado, terminación del empleo, reducción en el número de horas de empleo).
- Pérdida de la cobertura de una HMO porque la persona ya no reside o no trabaja en el área de servicio de la HMO y no hay otra opción de cobertura disponible a través del patrocinador del plan de la HMO.
- Eliminación de la opción de cobertura en la que se inscribió una persona, y no se ofrece otra opción en su lugar.
- No regresar de un permiso de ausencia de la Ley de Ausencia Familiar y Médica (Family and Medical Leave Act, FMLA).
- Pérdida de elegibilidad de acuerdo a Medicaid o al Programa de Seguro Médico Infantil (Children's Health Insurance Program, CHIP).

A menos que el evento que da lugar a su derecho especial de inscripción sea una pérdida de elegibilidad de acuerdo a Medicaid o al CHIP, debe solicitar la inscripción dentro de los ***31*** *días* después de que finalice su otra cobertura o la de sus dependientes (o después de que el empleador que patrocina esa cobertura deje de contribuir a la cobertura).

Si el evento que da lugar a su derecho especial de inscripción es una pérdida de cobertura de acuerdo a Medicaid o al CHIP, puede solicitar la inscripción en este plan dentro de ***60 días*** después de la fecha en la que usted o sus dependientes pierden dicha cobertura de acuerdo a Medicaid o al CHIP. Del mismo modo, si usted o su(s) dependiente(s) se vuelven elegibles para un subsidio de primas otorgado por el estado a este plan, puede solicitar la inscripción en este plan dentro de los ***60 días*** después de la fecha en la que Medicaid o el CHIP determinen que usted o el(los) dependiente(s) califican para el subsidio.

Además, si tiene un nuevo dependiente producto de un matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción es posible que pueda inscribirse usted y sus dependientes. Sin embargo,

debe solicitar la inscripción dentro de los ***31*** *días* después del matrimonio, del nacimiento, de la adopción o de la colocación para adopción.

Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, comuníquese con:

Kelly Oliver

Sr. Manager of Total Rewards

(314)390-6669

**** Este aviso es pertinente para coberturas de atención médica sujetas a las normas de transferencia de la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA).***

AVISO GENERAL DE LA COBRA

Modelo de aviso general de los derechos de la cobertura de continuación de COBRA

(para que usen los planes de salud grupales de un solo empleador)

****Derechos de la cobertura de continuación conforme a la ley COBRA****

INTRODUCCIÓN

Le enviamos este aviso porque recientemente obtuvo la cobertura de un plan de salud grupal (el Plan). Este aviso contiene información importante acerca de su derecho a recibir la cobertura de continuación de COBRA, que es una extensión temporal de la cobertura del Plan. **Este aviso explica la cobertura de continuación de COBRA, el momento en el que usted y su familia pueden recibirla, y lo que usted puede hacer para proteger su derecho a obtenerla.** Al ser elegible para la cobertura de COBRA, también puede ser elegible para otras opciones que pueden costarle menos que la cobertura de continuación de COBRA.

El derecho a recibir la cobertura de continuación de COBRA se originó gracias a una ley federal, la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, por sus siglas en inglés) de 1985. Usted y otros familiares suyos pueden disponer de la cobertura de continuación de COBRA cuando se termine la cobertura de salud grupal. Para obtener más información acerca de sus derechos y obligaciones conforme al Plan y a la ley federal, debe revisar el resumen de la descripción del Plan o comunicarse con el administrador del Plan.

Al perder la cobertura de salud grupal, puede haber otras opciones disponibles. Por ejemplo, puede ser elegible para comprar un plan individual a través del mercado de seguros médicos. Al inscribirse en la cobertura a través del mercado de seguros médicos, puede cumplir con los requisitos para tener menores costos en las primas mensuales y gastos propios más bajos. Asimismo, puede tener derecho a un período de inscripción especial de 30 días en otro plan de salud grupal para el cual sea elegible (como un plan del cónyuge), aunque ese plan generalmente no acepte afiliados de último momento.

¿QUÉ ES LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE COBRA?

La cobertura de continuación de COBRA es la continuación de la cobertura del Plan cuando esta debería terminar debido a un evento determinado de la vida. Este acontecimiento también se conoce como “evento especìfico”. Los eventos específicos se incluyen más abajo en este aviso. Después de un evento especìfico, la cobertura de continuación de COBRA debe ofrecerse a cada persona considerada un “beneficiario que cumple con los requisitos”. Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios que cumplan con los requisitos si la cobertura del Plan se pierde debido al evento especìfico. Según el Plan, los beneficiarios que cumplan con los requisitos y que elijan la cobertura de continuación de deben pagar la cobertura de continuación de COBRA.

Si usted es un empleado, se convertirá en un beneficiario que cumple con los requisitos si pierde la cobertura del Plan debido a estos eventos especìficos:

- sus horas de empleo se reducen; o
- su empleo termina por un motivo que no sea una falta grave de su parte.

Si usted es el cónyuge del empleado, se convertirá en un beneficiario que cumple con los requisitos si pierde la cobertura del Plan debido a estos eventos especìficos:

- su cónyuge muere;
- las horas de empleo de su cónyuge se reducen;
- el empleo de su cónyuge termina por un motivo que no sea una falta grave por parte de su cónyuge;
- su cónyuge adquiere el derecho a recibir los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas); o
- se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge.

Sus hijos dependientes se convertirán en beneficiarios que cumplen con los requisitos si pierden la cobertura del Plan debido a estos eventos especìficos:

- el empleado cubierto muere;
- las horas de empleo del empleado cubierto se reducen;
- el empleo del empleado cubierto termina por un motivo que no sea una falta grave por parte del empleado cubierto;
- el empleado cubierto adquiere el derecho a recibir 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”.

(Si el Plan ofrece cobertura médica para jubilados, agregue este párrafo:)

A veces, presentar una solicitud de declaración de quiebra conforme al Título 11 del Código de Estados Unidos puede ser un evento habilitante. Si se presenta una solicitud de declaración de quiebra con respecto a ARCO Companies y esa quiebra causa la pérdida de la cobertura de cualquier empleado jubilado cubierto por el Plan, el empleado jubilado se convertirá en un beneficiario que cumple con los requisitos. El cónyuge del empleado jubilado, el cónyuge sobreviviente y los hijos dependientes también se convertirán en beneficiarios que cumplen con los requisitos si la quiebra causa la pérdida de la cobertura del Plan.

¿CUÁNDO ESTÁ DISPONIBLE LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE COBRA?

El Plan ofrecerá la cobertura de continuación de COBRA a los beneficiarios que cumplan con los requisitos solamente después de que se le informe al administrador del Plan que ha ocurrido un evento especìfico. El empleador debe notificar los siguientes eventos habilitantes al administrador del Plan:

- la terminación del empleo o la reducción de las horas de empleo;
- la muerte del empleado;
- (*agregue si el Plan ofrece cobertura médica para jubilados*: el inicio de una solicitud de declaración de quiebra con respecto al empleador;); o
- el hecho de que el empleado adquiera el derecho a recibir los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas).

Para todos los otros eventos especìficos (divorcio o separación legal del empleado y el cónyuge, o hijo dependiente que pierde la elegibilidad para la cobertura como hijo dependiente), debe avisarle al administrador del Plan en los 60 días 60 posteriores a que se produzca el evento habilitante. Debe proporcionarle este aviso a: administrador del Plan). Informe al administrador del plan si tiene preguntas sobre elegir la cobertura de continuación de COBRA.

¿CÓMO SE PROPORCIONA LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE COBRA?

Después de que el administrador del Plan recibe el aviso de que se ha producido un evento especìfico, la cobertura de continuación de COBRA se ofrecerá a cada uno de los beneficiarios que cumplan con los requisitos. Cada beneficiario que cumpla con los requisitos tendrá su propio derecho a elegir la cobertura de continuación de COBRA. Los empleados cubiertos pueden elegir la cobertura de continuación de COBRA en nombre de su cónyuge y los padres pueden elegir la cobertura de continuación de COBRA en nombre de sus hijos.

La cobertura de continuación de COBRA es la continuación temporal de la cobertura debido a la terminación del empleo o a la reducción de las horas de trabajo, y en general dura 18 meses. Determinados eventos especìficos, o un segundo evento especìfico durante el período inicial de cobertura, pueden permitir que el beneficiario reciba un máximo de 36 meses de cobertura.

También hay otros motivos por los cuales este período de 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA puede prolongarse:

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

Si el Seguro Social determina que usted o alguien de su familia que esté cubierto por el Plan tiene una discapacidad y usted le avisa al respecto al administrador del Plan en el plazo correspondiente, usted y toda su familia pueden recibir una extención adicional de hasta 11 meses de cobertura de continuación de COBRA, por un máximo de 29 meses. La discapacidad debe haber comenzado en algún momento antes de los 60 días de la cobertura de continuación de COBRA y debe durar al menos hasta el final del período de 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA. (*Agregue la descripción de cualquier procedimiento adicional del Plan para este aviso, incluida la descripción de toda documentación o información obligatoria, el nombre de la persona a quien enviarle este aviso y el período válido para enviar el aviso*).

Extensión por un segundo evento especìfico del período de 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA

Si su familia sufre otro evento especìfico durante los 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA, su cónyuge y sus hijos dependientes pueden recibir hasta 18 meses adicionales de cobertura de continuación de COBRA, por un máximo de 36 meses, si se le avisa al Plan como corresponde acerca del segundo evento especìfico. Esta extensión puede estar disponible para el cónyuge y cualquier hijo dependiente que reciba la cobertura de continuación de COBRA en el caso de que el empleado o exempleado muera, adquiera el derecho a recibir los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas), se divorcie o se separe legalmente, o si el hijo dependiente deja de ser elegible en el Plan como hijo dependiente. Esta extensión solo está disponible en el caso de que el segundo evento especìfico hubiese hecho que el cónyuge o el hijo dependiente pierda la cobertura del Plan si no se hubiese producido el primer evento especìfico.

¿HAY OTRAS OPCIONES DE COBERTURA ADEMÁS DE LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE COBRA?

Sí. En lugar de inscribirse en la cobertura de continuación de COBRA, puede haber otras opciones de cobertura para usted y su familia a través del mercado de seguros médicos, Medicaid u otras opciones de un plan de salud grupal (por ejemplo, el plan de su cónyuge) mediante lo que se denomina un "período de inscripción especial". Es posible que algunas de estas opciones cuesten menos que la cobertura de continuación de COBRA. Puede encontrar más información sobre muchas de estas opciones en **www.healthcare.gov**.

¿PUEDO INSCRIBIRME EN MEDICARE, EN CASO DE SER ELEGIBLE, DESPUÉS DE QUE FINALICE LA COBERTURA DE MI PLAN DE SALUD COLECTIVO?

En general, después del período de inscripción inicial, hay un período de inscripción especial de 8 meses[1] para inscribirse en Medicare Parte A o B, que comienza cuando ocurre lo primero de lo siguiente:

- El mes posterior a la finalización del empleo.
- El mes posterior a la finalización de la cobertura del plan de salud colectivo basada en el empleo actual.

Si elige la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) y desea inscribirse en Medicare Parte B después de que finalice su cobertura de continuación, es posible que tenga que pagar una penalidad por inscripción tardía. Si se inscribe inicialmente en Medicare Parte A o B después de elegir la cobertura de continuación COBRA, el plan puede terminar su cobertura de continuación (sin embargo, si Medicare Parte A o B entra en vigencia en la fecha de la elección de COBRA o antes de esta fecha, la cobertura de COBRA no se puede descontinuar debido al derecho a Medicare, incluso si la persona se inscribe en la otra parte de Medicare después de la fecha de la elección de la cobertura de COBRA).

Si está inscrito tanto en COBRA como en Medicare, Medicare será generalmente el pagador principal. Es posible que algunos planes "disminuyan" el monto que Medicare pagaría en caso de ser el pagador principal, incluso si usted no está inscrito.

Para obtener más información, visite **www.medicare.gov/medicare-and-you**

SI TIENE PREGUNTAS

Las preguntas acerca de su Plan o de sus derechos a recibir la cobertura de continuación de COBRA deben enviarse al contacto o los contactos identificados abajo. Para obtener más información sobre sus derechos según la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA, por sus siglas en inglés), incluida la ley COBRA, la Ley de Atención Médica (de bajo costo) y la Protección al Paciente, y otras leyes que afectan a los planes de salud grupales, comuníquese con la oficina regional o de distrito más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (EBSA, por sus siglas en inglés) del Departamento de Trabajo de Estados Unidos en su área, o visite

[1] **www.medicare.gov/sign-up-change-plans/how-do-i-get-parts-a-b/part-a-part-b-sign-up-period**.

www.dol.gov/ebsa. (Las direcciones y los números de teléfono de las oficinas regionales y de distrito de EBSA están disponibles en el sitio web de EBSA). Para obtener más información acerca del mercado de seguros médicos, visite **www.HealthCare.gov**.

INFORME A SU PLAN SI CAMBIA DE DIRECCIÓN.

Para proteger los derechos de su familia, informe al administrador del Plan sobre cualquier cambio en las direcciones de sus familiares. También debe conservar una copia, para su registro, de todos los avisos que le envíe al administrador del Plan.

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PLAN:

(*Ingrese el nombre del Plan y el nombre (o el puesto), la dirección y el número de teléfono de la persona o las personas a las que se les puede solicitar información sobre el Plan y la cobertura de continuación de COBRA*).

Kelly Oliver

Sr. Manager of Total Rewards

(314)390-6669

AVISO SOBRE DERECHOS DE SALUD Y CÁNCER DE LAS MUJERES

INSTRUCTIONS FOR ACCOUNT TEAMS AND PLAN SPONSOR

Federal rules require a health plan to supply a Women's Cancer Rights Act Notice upon an individual's initial enrollment in the health plan, and annually thereafter, prior to the beginning of each plan year. Plan sponsors will typically include this Notice in an enrollee's initial enrollment packet, and his or her annual enrollment packet. Sponsors sometimes also include the Notice, for informational purposes, in a benefits brochure or pamphlet.

The Notice below may be used to satisfy both the initial notice requirement (upon the individual's initial enrollment in the plan) and the annual notice requirement.

The Notice must be delivered by a method reasonably calculated to ensure actual receipt of the material, including by first-class mail, hand-delivery, or electronically. Your Lockton Account Service Team can supply you with additional information about electronic disclosure requirements. Regardless of the method of delivery used, the plan should be able to prove that the required notices were sent.

Text highlighted in yellow indicates information that should be verified or inserted.

Please note the WHCRA notice requires the actual deductible and coinsurance numbers be included. These cannot be left blank. If you do not put actual numbers in, then you will need to edit and add in language that deductibles/coinsurance amounts are as described in the plan documentation.

La ley exige que el Plan de Atención Médica del Empleado de ARCO Companies le proporcione el siguiente aviso:

La Ley de Derechos de Salud y Cáncer de las Mujeres (Ley de Salud de la Mujer y Derechos del Cáncer, WHCRA) brinda ciertas protecciones para personas que reciben beneficios relacionados con la mastectomía. La cobertura se proporcionará de una manera determinada en consulta con el médico tratante y el paciente para:

- Todas las etapas de reconstrucción del seno en el que se realizó la mastectomía.
- Cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica.
- Prótesis.
- Y tratamiento de complicaciones físicas de la mastectomía, incluidos linfedemas.

El Plan de Atención Médica del Empleado de ARCO Companies brinda cobertura médica para mastectomías y procedimientos relacionados enumerados anteriormente, sujetos a los mismos deducibles y coaseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos provistos en este plan. Por lo tanto, los siguientes deducibles y coaseguros aplican:

HDHP	Dentro de la red	Fuera de la red

Deducible individual	$2,500	$5,000
Deducible familiar	$5,000	$10,000
Coaseguro	90%	60%

PPO	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible individual	$750	$2,000
Deducible familiar	$1,500	$4,000
Coaseguro	85%	70%

Si desea obtener más información sobre los beneficios de la WHCRA, consulte su Policy Booklet o comuníquese con su Administrador del Plan al:

Kelly Oliver
Sr. Manager of Total Rewards
(314)390-6669

AVISO DE LA LEY DE MICHELLE

(Para acompañar la certificación del estatus de estudiante dependiente)

La Ley de Michelle es una ley federal que exige que ciertos planes de salud colectivos sigan siendo elegibles para hijos adultos dependientes que asisten a una escuela postsecundaria, donde los niños dejarían de considerarse estudiantes elegibles debido a un permiso para ausentarse necesario desde el punto de vista médico. En tal caso, el plan debe continuar tratando al hijo como elegible hasta la más tempranas de:

- la fecha que es un año después de la fecha en la que comenzó el permiso para ausentarse médicamente necesario; o
- la fecha en que la cobertura de otro modo finalizaría bajo el plan.

Para que se apliquen las protecciones de la Ley de Michelle, el hijo debe:

- ser un hijo dependiente, según los términos del plan, de un participante o beneficiario; y
- haber sido inscrito en el plan, y como estudiante en una institución de educación postsecundaria, inmediatamente antes del primer día del permiso para ausentarse médicamente necesario.

"Permiso para ausentarse medicamente necesario" significa cualquier cambio en la inscripción en la escuela postsecundaria que comience mientras el hijo padece una enfermedad o lesión grave, es médicamente necesario y hace que el hijo pierda su estatus de estudiante a los efectos de la cobertura del plan.

Si cree que su hijo es elegible para esta elegibilidad continua, debe proporcionarle al plan una certificación escrita por su médico tratante de que el hijo padece una enfermedad o lesión grave y que el permiso para ausentarse es médicamente necesario.

Si tiene alguna pregunta con respecto a la información contenida en este aviso o el derecho de su hijo a la continuación de la cobertura de la Ley de Michelle, debe comunicarse con Kelly Oliver , Sr. Manager of Total Rewards, (314)390-6669.

Nombre del empleador:	**ARCO Companies, Inc.**
Estado de ubicación del empleador:	**Missouri**
Nombre del emisor:	**UMR**
Nombre del plan de mercadeo:	**UMR PPO and UMR HDHP**
Año del plan:	**1/1/2027-12/31/2027**

Diez (10) categorías de beneficios esenciales de salud (Essential Health Benefit, EHB):

- Servicios para pacientes ambulatorios (atención ambulatoria que recibe sin que le hayan dado ingreso en un hospital)
- Servicios de emergencia
- Hospitalización (como cirugía y estancias nocturnas)
- Servicios de laboratorio
- Servicios de salud mental (Mental Health, MH) y trastornos por consumo de sustancias (Substance Use Disorder, SUD), incluido el tratamiento de salud del comportamiento (esto incluye asesoramiento y psicoterapia)
- Servicios pediátricos, incluida la atención bucal y de la vista (pero la cobertura dental y de la vista para adultos no son beneficios de salud esenciales)
- Embarazo, maternidad y atención al recién nacido (tanto antes como después del nacimiento)
- Medicamentos con receta
- Servicios preventivos y de bienestar y manejo de enfermedades crónicas
- Servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación (servicios y dispositivos para ayudar a las personas con lesiones, discapacidades o afecciones crónicas a obtener o recuperar habilidades mentales y físicas)

Listado de beneficios esenciales de salud de Illinois (EHB) 2020-2025 (P.A. 102-0630)

Ítem	Beneficios de EHB	Categorías de EHB	Página de referencia N.° de referencia	¿Beneficio cubierto por el plan del empleador?
1	Lesión accidental - Dental	Ambulatorio	Págs. 10 y 17	x
2	Inyecciones y pruebas de alergia	Ambulatorio	Pág. 11	x
3	Audífonos osteointegrados	Ambulatorio	Págs. 17 y 35	x
4	Equipo médico duradero	Ambulatorio	Pág. 13	x
5	Cuidados paliativos	Ambulatorio	Pág. 28	x
6	Tratamientos para la infertilidad (fertilidad)	Ambulatorio	Págs. 23 - 24	x
7	Tarifa del centro para pacientes ambulatorios (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	Ambulatorio	Pág. 21	x
8	Médico de cirugía para pacientes ambulatorios/Servicios quirúrgicos (servicios para pacientes ambulatorios)	Ambulatorio	Págs. 15 - 16	x
9	Enfermería privada	Ambulatorio	Págs. 17 y 34	
10	Prótesis/órtesis	Ambulatorio	Pág. 13	x
11	Esterilización (vasectomía para hombres)	Ambulatorio	Pág. 10	x
12	Trastorno de la articulación temporomandibular (Temporomandibular Joint Disorder, TMJ)	Ambulatorio	Págs. 13 y 24	x
13	Servicios de la sala de emergencia (incluye emergencias de MH/SUD)	Servicios de emergencia	Pág. 7	x
14	Transporte/ambulancia de emergencia	Servicios de emergencia	Págs. 4 y 17	x
15	Cirugía bariátrica (obesidad)	Hospitalización	Pág. 21	
16	Reconstrucción mamaria después de la mastectomía	Hospitalización	Págs. 24 - 25	x
17	Cirugía reconstructiva	Hospitalización	Págs. 25 - 26 y 35	x
18	Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados (por ejemplo, estadía en el hospital)	Hospitalización	Pág. 15	x
19	Centro de enfermería especializada	Hospitalización	Pág. 21	x
20	Trasplantes - Trasplantes de órganos humanos (transporte y alojamiento incluidos)	Hospitalización	Págs. 18 y 31	x
21	Servicios de diagnóstico	Servicios de laboratorio	Págs. 6 y 12	x
22	Agente de reversión de opioides intranasal asociado con prescripciones de opioides	MH/SUD	Pág. 32	x
23	Tratamiento de salud mental (conductual) (incluyendo el tratamiento para pacientes hospitalizados)	MH/SUD	Págs. 8 - 9, 21	x
24	Tratamiento asistido médicamente con opioides (Opioid Medically Assisted Treatment, MAT)	MH/SUD	Pág. 21	
25	Trastornos por consumo de sustancias (incluyendo el tratamiento para pacientes hospitalizados)	MH/SUD	Págs. 9 y 21	x

26	Telepsiquiatría	MH/SUD	Pág. 11	
27	Medicamentos antiinflamatorios de uso tópico para el dolor agudo y crónico	MH/SUD	Pág. 32	x
28	Atención dental pediátrica	Cuidado pediátrico bucal y de la vista	Consulte el documento dental pediátrico de AllKids	x
29	Cobertura pediátrica de la vista	Cuidado pediátrico bucal y de la vista	Págs. 26 - 27	x
30	Servicios de maternidad	Embarazo, maternidad y atención al recién nacido	Págs. 8 y 22	x
31	Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios	Medicamentos con receta	Págs. 29 - 34	x
32	Examen y detección del cáncer colorrectal	Servicios preventivos y de bienestar	Págs. 12 y 16	x
33	Servicios para la prevención del embarazo/control de la natalidad	Servicios preventivos y de bienestar	Págs. 13 y 16	x
34	Capacitación y educación para la autogestión de la diabetes	Servicios preventivos y de bienestar	Págs. 11 y 35	x
35	Suministros para diabéticos para el tratamiento de la diabetes	Servicios preventivos y de bienestar	Págs. 31 - 32	X
36	Mamografía - Detección	Servicios preventivos y de bienestar	Págs. 12, 15 y 24	x
37	Osteoporosis - Medición de la masa ósea	Servicios preventivos y de bienestar	Págs. 12 y 16	x
38	Pruebas de Papanicolaou/pruebas de antígeno prostático específico/prueba para el control del cáncer de ovario	Servicios preventivos y de bienestar	Pág. 16	x
39	Servicios de cuidado preventivo	Servicios preventivos y de bienestar	Pág. 18	x
40	Esterilización (mujeres)	Servicios preventivos y de bienestar	Págs. 10 y 19	x
41	Manipulación quiropráctica y osteopática	Servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación	Págs. 12 - 13	x
42	Servicios de habilitación y rehabilitación	Servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación	Págs. 8, 9, 11, 12, 22 y 35	x

Nota especial: En virtud de la Ley Pública 102-0104, vigente desde el 22 de julio de 2021, cualquier EHB enumerado anteriormente, que sea clínicamente apropiado y médicamente necesaria su provisión a través de los servicios de telesalud, debe estar cubierto de la misma forma que cuando esos EHB se proveen de manera presencial.