

HÄFELE

**2026 Guía de
Beneficios**



Índice

	Página
Lista de contactos.....	3
Cuando llamar a Recursos Humanos	4
Preguntas frecuentes	5
Seguro Médico y Medicamentos Recetados.....	6
Plan <i>Core</i>	7
Plan <i>Buy-Up</i>	8
Plan <i>Limited</i>	9
Red del Plan <i>Limited</i>	10
Acuerdo de reembolso de salud.....	14
Beneficios del Plan HSA.....	15
Cuenta de Ahorros para la salud (HSA).....	16
HSA - Preguntas frecuentes	17
BCBS <i>Blue Connect & Teladoc</i>	18
Seguro Voluntario de Accidente y Enfermedades Graves	19
Seguro Dental.....	24
Seguro de Visión.....	25
Seguro de Vida y MA&D (Básico y Voluntario).....	26
Seguro de Incapacidad.....	27
Programa de Asistencia al Empleado (EAP).....	28
Cuentas de Gastos Flexibles.....	29
Plan 401k - Tradicional y ROTH.....	30
Cuidado al Largo Plazo.....	31
Seguro de Mascotas	32
<i>Benefit Resource Center</i>	33
Avisos Legales.....	34

Lista de Contactos

Si necesita ayuda con los beneficios o reclamos y desea hablar directamente con la compañía de seguros, consulte lo siguiente:

Beneficio	Compañía	Teléfono	Sitio web
Seguro Médico y Medicamentos Recetados	BCBS of NC	1-877-258-3334	www.blueconnectnc.com
Telemedicina	Teladoc Health	1-855-549-2214	www.teladochealth.com
Cuenta de Ahorros de Salud	Optum Bank	1-866-234-8913	www.optumbank.com
Acuerdo de Reembolso de Salud	Hafele HR Dept.	336-434-8196	Email: Nancy.Skeen@hafele.us
Seguro Dental	Delta Dental	1-800-662-8856	www.deltadentalnc.org
Seguro de Visión	Superior Vision by MetLife	1-833-393-5433	www.metlife.com/vision Seleccione: <i>Superior Vision by MetLife</i>
Seguro Básico de Vida y MA&D - Empleado / Seguro Voluntario de Vida y MA&D (Empleado y Dependientes)	Voya	1-888-238-4840	www.voya.com/claims
Accidente / Enfermedades Graves	Voya	1-877-236-7564	www.voya.com/claims
Incapacidad a Corto y Largo Plazo	Voya	1-888-305-0602	www.voya.com/claims
Programa de Asistencia al Empleado	Voya/ComPsych	1-877-533-2363	Guidanceresources.com Web ID: My5848i
Cuentas de Gastos Flexibles	Flores & Associates	1-800-532-3327	www.flores247.com
Cuidado de Largo Plazo	Legacy Services	1-800-230-3398	www.legacyltci.com
Ayuda con los planes de beneficios, reclamos, encontrar proveedores, transición de atención, etc.	<i>Benefit Resource Center</i>	1-855-874-0835	Email: BRCSouth@usi.com



Quando comunicarse con Recursos Humanos

Comuníquese con Recursos Humanos en las siguientes situaciones:

- Si su dirección de domicilio y/o número de teléfono cambian
- Si su estado civil cambia (tenga en cuenta que debe informar a Recursos Humanos por escrito dentro de los 31 días posteriores a su matrimonio, divorcio o separación legal)
- Si su estado de dependiente cambia (tenga en cuenta que debe informar a Recursos Humanos por escrito dentro de los 31 días posteriores al nacimiento o adopción de un niño)
- Si su cónyuge tiene un cambio de estado laboral y necesita ser agregado al plan médico de Hafele America Co. (tenga en cuenta que debe notificar a Recursos Humanos por escrito dentro de los 31 días posteriores del cambio de estado laboral)
- Si queda incapacitado o necesita una ausencia prolongada del trabajo por motivos de salud (para sí mismo o un miembro de su familia)
- Si se ausentará del trabajo debido a una licencia militar

CONTACTOS - RECURSOS HUMANOS

Nancy Skeen

Administrador de
Nómina y Beneficios
Teléfono: 336-434-8196
nancy.skeen@hafele.us

Gary Davis

Socio Principal de
Recursos Humanos
Teléfono: 336-434-8108
gary.davis@hafele.us

Julie Gomez

Socio de Recursos
Humanos
Teléfono: 336-434-8170
julie.gomez@hafele.us

Kristen Tatro

Socio Principal de
Recursos Humanos
Teléfono: 336-434-8147
kristen.tatro@hafele.us



Preguntas frecuentes

¿Cuándo soy elegible para inscribirme en los beneficios?

Todos los empleados permanentes de tiempo completo que trabajan 30 horas o más por semana son elegibles para los beneficios al día siguiente de 30 días consecutivos de empleo.

¿Cuándo comenzarán las deducciones de nómina para los beneficios elegidos?

Las deducciones de nómina se descontarán del primer cheque de pago después de cumplir el período de espera de elegibilidad.

¿Si no me inscribo ni inscribo mis dependientes cuando primeramente elegible, puedo inscribirme más adelante?

Si no se inscribe cuando es primeramente elegible, debe esperar hasta el próximo período anual de Inscripción Abierta para inscribirse. Esta es una regla del IRS debido al trato fiscal favorable de las contribuciones de los empleados. La única excepción es si tiene un evento de vida calificado durante el año, como matrimonio, divorcio, nacimiento/adopción de un niño, etc.

¿Cuáles beneficios tengo disponibles a través de Hafele America Co?

Los empleados elegibles se inscriben automáticamente en el seguro básico de vida/MA&D e incapacidad a corto plazo. Los empleados elegibles pueden inscribirse en el plan médico/medicamentos recetados, dental, de visión, de vida para el empleado y sus dependientes, incapacidad a corto y a largo plazo y cuentas de gastos flexibles.

¿Qué cobertura puedo continuar si mi empleo termina por cualquier motivo?

Las leyes COBRA le permiten continuar con los beneficios médicos/de medicamentos recetados, dentales, de visión y FSA. Debe pagar el 100% de las primas por estos beneficios. También puede convertir o transferir los beneficios del seguro de vida al momento de la terminación. El departamento de Recursos Humanos le proporcionará más información sobre sus opciones después de la terminación del empleo.



Médico / Medicamentos Recetados

Beneficios del plan

Blue Cross Blue Shield of North Carolina

Ofrecemos opciones de planes médicos a través de Blue Cross Blue Shield of NC. Hafele America Co. incluye un programa integral de medicamentos recetados en conjunto con los planes médicos. Con el Plan Core y Buy-up, se paga un copago por las recetas surtidas en una farmacia dentro de la red, o mediante el servicio de pedidos por correo. En el Plan HSA, la cobertura de medicamentos se aplica al deducible. Después de cumplir con el deducible del plan, pagará un copago por las recetas surtidas en una farmacia dentro de la red.

Si se inscribe en el plan HSA, es elegible para inscribirse en una Cuenta de Ahorros para la Salud, que le permite ahorrar dólares antes de impuestos para pagar los gastos de salud elegibles. Todos los planes ofrecen cobertura integral cuando utiliza los proveedores dentro de la red.

El Plan Limited solo ofrece cobertura dentro de una red cuidadosamente seleccionada de médicos y hospitales que brindan excelente atención a costos más bajos. Esta red es la **BlueHighPerformanceNetwork** o **BlueHPN**. El plan solo brinda cobertura fuera de la red para emergencias.

Usted es elegible para inscribirse en el Plan Limited solo si vive en uno de los condados dentro del área de servicio de BlueHPN. **Si vive fuera de estos condados, no podrá inscribirse en el Plan Limited Puede buscar proveedores dentro de la red en: BlueCrossNC.com/HPNdoctors.**

Favor de notar que en Carolina del Norte, Cone y Novant NO están en la red BlueHPN.



Plan Core Beneficios

Beneficios	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible (año calendario)		
<ul style="list-style-type: none"> Individual Familia 	\$5,000 \$10,000	\$10,000 \$20,000
Desembolso máximo	(Incluye el deducible y copagos)	(Incluye el deducible y copagos)
<ul style="list-style-type: none"> Individual Familia 	\$7,000 \$14,000	\$14,000 \$28,000
Coseguro	Usted paga 30% después del deducible (a menos se indique diferente)	Usted paga 50% después del deducible (a menos se indique diferente))
Visitas médicas <ul style="list-style-type: none"> Cuidado Preventivo Médico Atención Primaria (PCP) Primaria360 (PCP virtual) Especialista Visita virtual (Teladoc) Salud mental Quiropráctico (20 visitas por año calendario) <ul style="list-style-type: none"> Asesoramiento nutricional (30 visitas por año calendario)	Cubierto al 100% \$35 copago 3 primeras visitas al PCP elegido, \$0 \$0 copago \$70 copago \$0 copago \$10 copago \$70 copago \$0 copago	Deducible luego 30% Deducible luego 50% No hay cobertura Deducible luego 50% No hay cobertura Deducible luego 50% Deducible luego 50% Deducible luego 30%
<ul style="list-style-type: none"> Sala de emergencia Ctro atención urgente 	\$500 copago \$70 copago	\$500 copago Deducible luego 50%
Farmacia (suministro 30 días) <ul style="list-style-type: none"> Nivel 1 Nivel 2 Nivel 3 Nivel 4 Nivel 5 	\$10 copago \$10 copago \$40 copago \$105 copago \$150 copago Medicamentos en la lista de medicamentos preventivos están cubiertos a 100%	\$10 copago \$10 copago \$40 copago \$105 copago \$150 copago
Por correo (suministro 90 días) <ul style="list-style-type: none"> Nivel 1 Nivel 2 Nivel 3 Nivel 4 Nivel 5 	\$30 copago \$30 copago \$120 copago \$315 copago \$450 copago	No hay cobertura

Deducción por período de pago		
Nivel de cobertura	Plan Core	
	Bienestar	Estándar
Empleado	\$104.00	\$142.50
Empleado + Cónyuge	\$225.50	\$276.50
Empleado + Hijo(s)	\$165.00	\$213.50
Familia	\$319.50	\$370.50

Plan Buy-Up Beneficios

Beneficios	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible (por año calendario)		
• Individual	\$5,000	\$10,000
• Familia	\$10,000	\$20,000
Desembolso máximo	(Incluye deducible y copagos)	(Incluye deducible y copagos)
• Individual	\$7,000	\$14,000
• Familia	\$14,000	\$28,000
Coseguro	Ud. paga 20% después del deducible (a menos se indique diferente)	Ud. paga 50% después del deducible (a menos se indique diferente)
Visitas médicas		
• Cuidado Preventivo	Cubierto al 100%	Deducible luego 30%
• Médico Atención Primaria (PCP)	\$25 copago 3 primeras visitas al PCP elegido, \$0	Deducible luego 50%
• Primaria360 (PCP virtual)	\$0 copago	No hay cobertura
• Especialista	\$50 copago	Deducible luego 50%
• Visita virtual (Teladoc)	\$0 copago	No hay cobertura
• Salud mental	\$10 copago	Deducible luego 50%
• Quiropráctico	\$50 copago	Deducible luego 50%
(20 visitas por año calendario)		
• Asesoramiento nutricional	\$0 copago	Deducible luego 30%
(30 visitas por año calendario)		
Sala de emergencia	\$500 copago	\$500 copago
Ctro Atención Urgente	\$50 copago	Deducible luego 50%
Farmacia (suministro 30 días)		
• Nivel 1	\$10 copago	\$10 copago
• Nivel 2	\$10 copago	\$10 copago
• Nivel 3	\$40 copago	\$40 copago
• Nivel 4	\$105 copago	\$105 copago
• Nivel 5	\$150 copago	\$150 copago
	Medicamentos en la lista de medicamentos preventivos están cubiertos a 100%	
Por correo (suministro 90 días)		
• Nivel 1	\$30 copago	No hay cobertura
• Nivel 2	\$30 copago	
• Nivel 3	\$120 copago	
• Nivel 4	\$315 copago	
• Nivel 5	\$450 copago	

Deducción por período de pago

Nivel de cobertura	Plan Buy Up	
	Bienestar	Estándar
Empleado	\$112.50	\$159.50
Empleado + Cónyuge	\$256.50	\$307.50
Empleado + Hijo(s)	\$197.00	\$222.50
Familia	\$333.50	\$384.00

Plan Limited Beneficios

Beneficios	Cobertura solo dentro de la red
Deducible (por año calendario)	
<ul style="list-style-type: none"> Individual Familia 	<p>\$5,000 \$10,000</p>
Desembolso máximo	(Incluye deducible y copagos)
<ul style="list-style-type: none"> Individual Familia 	<p>\$9,100 \$18,200</p>
Coseguro	Ud. paga 30% después del deducible (a menos se indique diferente)
Visitas médicas <ul style="list-style-type: none"> Cuidado Preventivo Médico de Atención Primaria Especialista Visita virtual (Teladoc) Salud mental Quiropráctico (20 visitas por año calendario) <ul style="list-style-type: none"> Asesoramiento nutricional (30 visitas por año calendario)	<p>Cubierto al 100% \$35 copago 3 primeras visitas al PCP elegido, \$0 \$70 copago \$0 copago \$10 copago \$70 copago \$0 copago</p>
Sala de emergencia Centro de atención urgente	<p>\$500 copago \$70 copago</p>
Farmacia (suministro de 30 días) <ul style="list-style-type: none"> Nivel 1 Nivel 2 Nivel 3 Nivel 4 Nivel 5 	<p>\$10 copago \$35 copago \$60 copago 25% del costo hasta un máximo de \$100 25% del costo hasta un máximo de \$100 Medicamentos en la lista de medicamentos preventivos están cubiertos a 100%</p>
Por correo (suministro de 90 días) <ul style="list-style-type: none"> Nivel 1 Nivel 2 Nivel 3 Nivel 4 Nivel 5 	<p>\$30 copago \$105 copago \$180 copago 25% hasta un máximo de \$300 25% hasta un máximo de \$300</p>

Deducción por período de pago

Nivel de cobertura	Plan Limited	
	Bienestar	Estándar
Empleado	\$91.50	\$117.00
Empleado + Cónyuge	\$193.50	\$244.50
Empleado + Hijo(s)	\$163.50	\$189.00
Familia	\$276.00	\$327.00

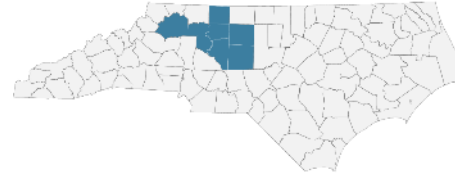
Plan Limited - Red de proveedores

A continuación se muestra una visión instantánea de los mercados de BlueHPN en Hafele America Co.:

Greensboro-Winston Salem-High Point (“Triad”) | NC

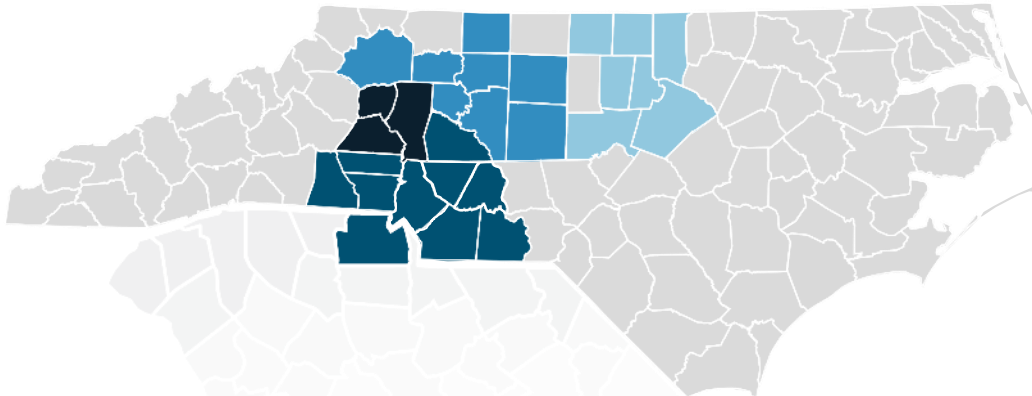
Área geográfica

La zona estadística metropolitana (MSA), incluye todo o parte de los siguientes códigos postales de tres dígitos:
270 – 274, 286



Composición de los proveedores claves (no exhaustiva)

Incluye <i>Instalaciones</i>	Baptist MC; Davie MC; Lexington MC; High Point MC; Randolph MC; Wilkes MC; Cornerstone Health Care
Incluye <i>Médicos</i>	Wake Forest University Physicians/Providers; Randolph MC employed providers; Cornerstone Health Care; Labcorp; Quest Diagnostics
Excluye <i>Instalaciones</i>	Novant Health; Cone Health
Excluye <i>Médicos</i>	Novant Health professional providers; Cone Health professional providers



- Raleigh, Durham, Chapel Hill**
- Caswell
 - Chatham
 - Durham
 - Granville
 - Orange
 - Person
 - Wake



- Winston Salem, Greensboro, High Point**
- Davidson
 - Davie
 - Forsyth
 - Guilford
 - Randolph
 - Stokes
 - Wilkes
 - Yadkin



- Charlotte, Concord, Gastonia, York SC**
- Anson
 - Cabarrus
 - Cleveland
 - Gaston
 - Lincoln
 - Mecklenburg
 - Rowan
 - Stanly
 - Union



- Hickory Statesville**
- Alexander
 - Catawba
 - Iredell

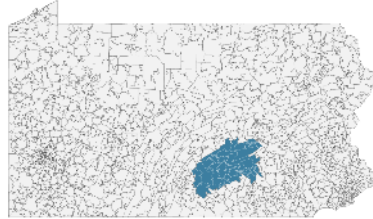
Plan Limited - Red de proveedores, continuación

A continuación se muestra una visión instantánea de los mercados de BlueHPN en Hafele America Co.:

CAPITAL Harrisburg | PA

Área geográfica

La zona estadística metropolitana (MSA), incluye todo o parte de los siguientes códigos postales de tres dígitos: 170-172



Composición de los proveedores claves (no exhaustiva)

Incluye <i>Instalaciones</i>	UPMC facilities
Incluye <i>Médicos</i>	UPMC physicians; Quest Diagnostics
Excluye <i>Instalaciones</i>	Penn State Health facilities
Excluye <i>Médicos</i>	Penn State Health physicians; Lab Corp

HIGHMARK Harrisburg | PA

Área geográfica

La zona estadística metropolitana (MSA), incluye todo o parte de los siguientes códigos postales de tres dígitos: 170-176, 180, 195, 196



Composición de los proveedores claves (no exhaustiva)

Incluye <i>Instalaciones</i>	Penn State Health facilities; WellSpan Health facilities; Lancaster General Hospital facilities; OSS Orthopaedic Hospitals
Incluye <i>Médicos</i>	Penn State Health providers; WellSpan Health providers; Lancaster General Hospital providers; OSS Orthopaedic Hospital providers; ancillary HPN providers; Quest Diagnostics; LabCorp
Excluye <i>Instalaciones</i>	UPMC Pinnacle; Tower Health
Excluye <i>Médicos</i>	UPMC providers; Tower Health providers

Plan Limited - Red de proveedores, continuación

A continuación se muestra una visión instantánea de los mercados de BlueHPN en Hafele America Co.:

Los Angeles-Long Beach-Anaheim | CA

Área geográfica

La zona estadística metropolitana (MSA), incluye todo o parte de los siguientes códigos postales de tres dígitos: 900-908, 910-918, 926-928, 930, 935



BLUE SHIELD CA

Composición de los proveedores claves (no exhaustiva)

Incluye <i>Instalaciones</i>	Cedars-Sinai MCs; Providence Hosps; Hoag MemHosp; USC Hosps; CHOC Hosp; UC Irvine MC; UCLA MCs; Dignity Hosps; Los Robles Regional MC; Huntington MemHosp; Long Beach Mem MC; Childrens Hosp of LA; Saddleback MemMC; Orange Coast MemMC; St Johns Regional MC; Community MemHosp of San BuenaVentura; Los Alamitos MC; Henry Mayo Newhall Hosp; Glendale Adventist MC; Good Samaritan Hosp LA; Lakewood Regional MC; PIH Health Hosp Downey
Incluye <i>Médicos</i>	Quest Diagnostics; LabCorp; Cedars-Sinai MG; City of Hope Med Foundation; Hoag MG; Providence St Johns MG; MemCare MG; Dignity Health; CHOC Childrens Spec; Childrens Hosp LA MG; Huntington Med Foundation; Providence MG; Torrance Mem MG; Carbon Health MG; Planned Parenthood; Premier HealthCare; Pacific Valley MG; South Orange County MG; Mission Heritage MG; Saddleback MG
Excluye <i>Instalaciones</i>	LAC Harbor UCLA MC; LAC USC MC; LAC Olive View UCLA MC
Excluye <i>Médicos</i>	UCLA MG; USC Care MG; Cedars-Sinai MG; UC Irvine MG; HealthCare Partners MG; CHLA Teaching Clinics; Magella MG; Genesis HealthCare Partners; Optum Care MG

ANTHEM

Composición de los proveedores claves (no exhaustiva)

Incluye <i>Instalaciones</i>	Cedar's Sinai; Children's Hospital Los Angeles; Memorial Care; University of California Los Angeles Hospitals; University of California Irvine; Children's Hospital of Orange County (known as CHOC)
Incluye <i>Médicos</i>	Optum MG (professionals) which includes the group formerly known as Healthcare Partners; Cedar's Sinai (professionals); Quest Diagnostics; LabCorp
Excluye <i>Instalaciones</i>	Presbyterian Intercommunity Hospital; Providence St. Joseph Health; University of Southern California
Excluye <i>Médicos</i>	University of California Los Angeles (physicians only); University of California Irvine (physicians),

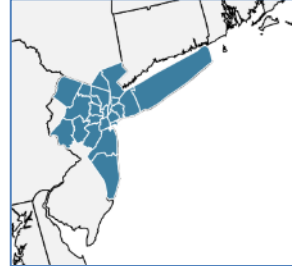
Plan Limited - Red de proveedores, continuación

A continuación se muestra una visión instantánea de los mercados de BlueHPN en Hafele America Co.:

New York-Northern New Jersey-Long Island | NY-NJ

Área geográfica

La zona estadística metropolitana (MSA), incluye todo o parte de los siguientes códigos postales de tres dígitos: 005, 063, 070-080, 085, 087-089, 100-119



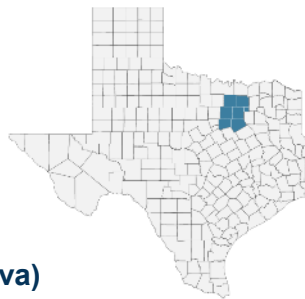
Composición de los proveedores claves (no exhaustiva)

Incluye <i>Instalaciones</i>	New York Presbyterian; Memorial Sloan Kettering Cancer Center; Mt. Sinai; Hosp for Special Surgery; Northwell; Westchester MC; Maimonides; Bon Secours; St. Barnabas MC; Hackensack University MC; Morristown MC; Hunterdon MC; Englewood Hosp & MC; St. Joseph's Hosp & MC; RWJ - New Brunswick, St; Clare's, Hamilton; Capital Health; Hackensack UMC at Mountainside; Hackensack UMC at Palisades, The Valley Hosp; University Hosp; Jersey City MC
Incluye <i>Médicos</i>	Columbia Doctors; Cornell Medicine; Advantage Care Physicians; Allied Physician Group; Bon Secours; WestMed and ProHealth; Summit MG; RWJBarnabas Health MG; Hackensack Meridian MG; Atlantic MG; Hunterdon Medical Associates; Advocare; City MD; Quest; Labcorp
Excluye <i>Instalaciones</i>	NYU Langone; Health and Hospital Corp.; SUNY Stonybrook; Catholic Health Systems; One Brooklyn; Medisys
Excluye <i>Médicos</i>	Professionals affiliated with NYU Langone; Health and Hospital Corp.; SUNY Stonybrook; Catholic Health Systems; One Brooklyn; Medisys; Buffalo MG; North Jersey Health and Wellness Family Medicine; Genesis labs

Dallas-Fort Worth-Arlington | TX

Área geográfica

La zona estadística metropolitana (MSA), incluye todo o parte de los siguientes códigos postales de tres dígitos: 750-754, 760-762, 766



Composición de los proveedores claves (no exhaustiva)

Incluye <i>Instalaciones</i>	Baylor Scott and White; Medical City Dallas; Cook Children's; Methodist
Incluye <i>Médicos</i>	Health Texas Provider Network; Cook Children's Physician Network; Texas Oncology; Pediatrix; Airrosti; Sanitas; Lab Corp; Quest Diagnostics
Excluye <i>Instalaciones</i>	USMD Health System; Texas Health Resources; UT Southwestern; Southwestern Health Resources; Children's Health
Excluye <i>Médicos</i>	UTSW physicians; THR Community Based PCPs; Children's Health MG; TDDC

Acuerdo de Reembolso de Salud

Administrado por Hafele America Co.

Elegibilidad

Inscripción en el Acuerdo de Reembolso de Salud (HRA) es automático para todos los empleados inscritos en el plan Core, Buy-Up o Limited. No hay formulario de inscripción para HRA.

Información general

La participación en la HRA no tiene ningún costo para los empleados y el beneficio de la HRA es libre de impuestos. Los fondos no utilizados de la HRA no se pueden retirar y no se transferirán a años posteriores del plan.

Cómo funciona la HRA

La HRA subsidia a los participantes inscritos en los planes Core, Buy-Up y Limited por una parte del deducible por año calendario. El deducible para participantes individuales es de \$5,000. Los participantes con cobertura Familiar pagan un deducible de \$10,000. Hafele America Co. reembolsará a los participantes los siguientes montos:

Deducible individual– \$3,000 (Plan Core y Limited) / \$4,000 (Plan Buy-Up)

Deducible familiar – \$6,000 (Plan Core y Limited) / \$8,000 (Plan Buy-Up)

Los participantes son responsables por el monto restante de deducible: \$2,000 para Individual en los Planes Core y Limited, \$1,000 para Individual en el Plan Buy-Up, y \$4,000 para Familia en los Planes Core y Limited y \$2,000 para Familia en el Plan Buy-Up.

Los participantes reciben el reembolso de los deducibles financiados por Hafele America Co. completando el formulario de Solicitud de reembolso de la HRA y adjuntando una copia de la Explicación de beneficios (EOB) de BCBS.



Plan HSA Beneficios

Beneficios	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible (por año calendario)		
• Individual	\$3,000	\$6,000
• Miembro de la familia	\$3,400	\$6,800
• Familia	\$6,000	\$12,000
Desembolso máximo	(Incluye deducible y copagos)	(Incluye deducible y copagos)
• Individual	\$4,900	\$9,800
• Miembro de la familia	\$4,900	\$9,800
• Familia	\$9,800	\$19,600
Coseguro	Ud. paga 20% después del deducible (a menos se indique diferente)	Ud. paga 50% después del deducible (a menos se indique diferente)
Visitas médicas		
• Cuidado preventivo	Cubierto al 100%	Deducible luego 30%
• Médico de Atención Primaria	Deducible luego 20%	Deducible luego 50%
• Primaria360 (PCP virtual)	0%, sin deducible	No hay cobertura
• Especialista	Deducible luego 20%	Deducible luego 50%
• Visita virtual (Teladoc)	0%, sin deducible	No hay cobertura
• Salud mental	Deducible luego 20%	Deducible luego 50%
• Quiropráctico	Deducible luego 20%	Deducible luego 50%
(20 visitas por año calendario)		
• Asesoramiento nutricional	0%, sin deducible	Deducible luego 30%
(30 visitas por año calendario)		
Sala de emergencia	Deducible luego 20%	Deducible luego 20%
Centro atención urgente	Deducible luego 20%	Deducible luego 50%
Farmacia (suministro 30 días)		
• Nivel 1	Deductible, luego \$10	Deductible, luego \$10
• Nivel 2	Deductible, luego \$10	Deductible, luego \$10
• Nivel 3	Deductible, luego \$40	Deductible, luego \$40
• Nivel 4	Deductible, luego \$105	Deductible, luego \$105
• Nivel 5	Deductible, luego \$150	Deductible, luego \$150
	Medicamentos en la lista de medicamentos preventivos están cubiertos a 100%	
Por correo (suministro 90 días)		
• Nivel 1	Deductible, luego \$30	No hay cobertura
• Nivel 2	Deductible, luego \$30	
• Nivel 3	Deductible, luego \$120	
• Nivel 4	Deductible, luego \$315	
• Nivel 5	Deductible, luego \$450	

Deducción por período de pago		
Plan HSA		
Nivel de cobertura	Bienestar	Estándar
Empleado	\$85.50	\$111.00
Empleado + Cónyuge	\$180.00	\$231.00
Empleado + Hijo(s)	\$137.00	\$180.00
Familia	\$256.00	\$307.00

Cuenta de Ahorros para la Salud

Administrada por **Optum Bank**

Elegibilidad

Para contribuir a una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA), debe estar inscrito en el Plan HSA.

Información general

La HSA es una cuenta personal de ahorros con ventajas fiscales que se puede utilizar para pagar gastos médicos, dentales, de visión y otros gastos calificados ahora o en el futuro. Una vez que el saldo de su cuenta alcance cierto umbral, se puede invertir el saldo, lo que resulta ser excelente adición a su planificación de jubilación.

Cómo funciona la HSA

El empleador y/o el empleado pueden contribuir fondos a la HSA. Hafele America Co. contribuirá con los siguientes montos a la HSA según el nivel de cobertura:

Cobertura individual - \$500 por año

Cobertura familiar - \$1,000 por año

Las contribuciones a la HSA son libres de impuestos hasta los siguientes límites del IRS:

Individual - \$4,400 por año

Familia - \$8,750 por año

También se permite una contribución adicional de \$1,000 anual para las personas de 55 años o más.

Tenga en cuenta que los límites de contribución anual enumerados anteriormente incluyen las contribuciones tanto del empleador como de los empleados.

Todo el dinero utilizado en la HSA para pagar gastos médicos calificados también está libre de impuestos. Los fondos no utilizados permanecen en su cuenta y se reinvierten año tras año con intereses libres de impuestos. Las HSA son portátiles, por lo que puede llevarlas consigo si deja la empresa. Es tu dinero..

Advertencias importantes:

- No puede inscribirse en una FSA de Salud y en una HSA. Si elige la HSA, podrá inscribirse en una FSA de Propósito Limitado, que es solo para pagar gastos dentales y de visión. (Aún se permite la inscripción en una FSA para Cuidado de Dependientes con una HSA).
- Las contribuciones a una HSA deben cesar una vez inscrito en Medicare; los fondos aún se pueden usar para gastos médicos elegibles, pero no se pueden realizar más contribuciones.

HSA - Preguntas frecuentes

¿Qué es una Cuenta de Ahorros para la Salud? ¿Cuáles son las ventajas?



Q
A

¿Qué es una Cuenta de Ahorros para la Salud (HAS)?

Una HSA es un tipo de cuenta que puede utilizar para ahorrar dinero para pagar gastos de salud calificados. No tiene que pagar impuestos sobre el dinero aportado ni retirado de una HSA, siempre y cuando el dinero se use para gastos elegibles de salud.

Q
A

¿Qué es un plan médico con deducible alto (QHDHP) y qué tiene que ver con una HSA?

Para abrir una HSA, debe estar inscrito en un plan médico calificado con deducible alto (QHDHP), como el Plan Médico HSA de Hafele. Como su nombre lo indica, los QHDHP tienen deducibles más altos que los planes médicos tradicionales y no tienen copagos. La ventaja de este tipo de plan es que las primas son más bajas que las de otros tipos de planes y usted tiene más control sobre sus costos de atención médica.

Q
A

¿Cómo funciona la HSA?

Usted aporta fondos a la HSA para financiar la cuenta, mediante deducciones de nómina. Su empleador también puede contribuir a la cuenta. Utilice su tarjeta de débito HSA para pagar un gasto elegible. O, si no tiene una tarjeta de débito, pague el gasto y envíelo a su HSA para obtener un reembolso.

Q
A

¿Cómo califico para una HSA?

La calificación clave para una HSA es que debe estar inscrito en el Plan Médico HSA de Hafele, sin otra cobertura médica. Tampoco puede estar inscrito en Medicare ni ser reclamado como dependiente en los impuestos de otra persona. Para obtener más detalles sobre los requisitos de elegibilidad, consulte la Publicación 969 del IRS.

Q
A

¿Cuánto puedo contribuir?

El IRS establece un límite para las contribuciones a la HSA cada año. Para 2026, el límite es de \$4,400 para un individuo y \$8,750 para una familia. Estos límites incluyen las contribuciones tanto de los empleados como del empleador.

Q
A

¿Quién puede usar el dinero de mi HSA?

Puede utilizar el dinero de la HSA para pagar gastos calificados para usted, su cónyuge y sus dependientes. Puede usar el dinero para los gastos de su cónyuge y dependientes, incluso si no están inscritos en el Plan Médico HSA, siempre y cuando no participen en una FSA de Salud.

Q
A

¿Necesito alguna documentación para demostrar que mis gastos fueron calificados?

En general, no necesitará proporcionar documentación al momento de retirar fondos, ¡pero conserve sus recibos! Si lo auditan, deberá demostrarle al IRS que las distribuciones de la HSA se utilizaron para gastos de atención médica calificados.

Q
A

¿Qué sucede si uso el dinero de mi HSA para algo que no sea un gasto de atención médica calificado?

Si tienes menos de 65 años, tendrás que pagar una multa del 20% e impuestos sobre los fondos retirados. Si tiene 65 años o más, solo tendrá que pagar impuestos sobre los fondos, pero no tendrá que pagar la multa.

Q
A

¿Qué pasa si no uso todo el dinero de mi HSA?

El dinero se transferirá al próximo año e incluso crecerá con intereses libres de impuestos. No hay límite para la cantidad que puede transferir.

Q
A

¿Qué pasa si cambio de trabajo o de plan médico?

Las HSA son portátiles, lo que significa que usted conserva su HSA incluso si cambia de empleador o de plan médico.



Para obtener más detalles sobre las reglas y la elegibilidad de la HSA, consulte la Publicación 969 del IRS o su departamento de recursos humanos.

©USI Insurance Services, Inc. All rights reserved.

Blue Connect y Teladoc

BlueConnect™

Regístrese hoy. Es fácil :

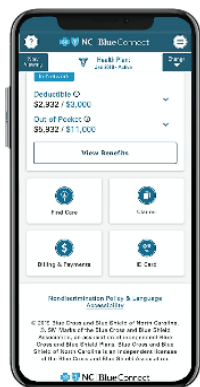
- Visite BlueConnectNC.com y seleccione “Register Now”
- Tenga a mano su tarjeta de identificación de BCBSNC para registrarse.
- Si no tiene su tarjeta de identificación de BCBSNC, aún puede registrarse enviando un código a su teléfono.
- Cree su nombre de usuario y contraseña.
- Elija preguntas de seguridad.
- Ingrese la dirección de correo electrónico y haga clic en “OK”.

Una vez registrado, podrá:

- Seleccionar su MAP
- Ver su deducible, reclamos y beneficios
- Obtener consejos de salud, artículos y videos sobre todo, desde la pérdida de peso hasta los costos de los medicamentos recetados.
- Acceder a tarjetas de identificación digitales
- Obtener información de la póliza
- Pagar su cuenta
- Incluso puede vincular pólizas adicionales de BCBSNC a su cuenta Blue Connect.

BlueConnect App - Acceda a su plan médico en cualquier momento y desde cualquier lugar

- **Busque** Blue Connect Mobile NC en el app store
- **Beneficios** – vea su deducible, el monto aplicado a su deducible y el límite de desembolso; haga clic en la flecha de Benefits para ir a su página de información de beneficios donde encontrará información detallada sobre sus beneficios, su Explicación de Beneficios (EOB), información de revisión previa y un resumen de beneficios y cobertura.
- **Reclamos** – muestra información resumida de sus reclamos más recientes. Vaya a la página Información de reclamos haciendo clic en la flecha de Claims para ver cuáles de sus reclamos han sido procesados.



BCBSNC está ampliando sus servicios de telesalud a través de Teladoc Health con Primaria360. Con Primaria360, los miembros pueden conectarse regularmente, por teléfono o video, con un médico certificado por la junta de EE. UU. y un equipo de atención dedicado de enfermeras y asistentes médicos. Juntos, crearán un plan de atención personalizado para ayudarlo a alcanzar sus objetivos de salud a largo plazo, coordinar la atención en una variedad de servicios y brindar apoyo continuo.

Los miembros inscritos en el plan Core, Buy-up o HSA tienen acceso a Primaria360, que incluye los siguientes servicios:

- **Atención primaria virtual***: chequeos anuales, gestión general de la salud y planes de atención proporcionados por un médico certificado por la junta de EE. UU. y un equipo de atención dedicado.
- **Atención aguda**: tratamiento disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana para afecciones comunes y que no son de emergencia mediante citas el mismo día.
- **Asesoramiento sobre salud mental**: visitas telefónicas o por video con terapeutas o psiquiatras autorizados.
- **Dermatología**: revisión, diagnóstico y plan de tratamiento en línea proporcionado por un dermatólogo con 24 horas
- **Asesoramiento nutricional**: apoyo personalizado y consejos para una alimentación saludable y el bienestar general ofrecidos por dietistas registrados.

*Si está inscrito en el plan Limitado, Primaria360 no está disponible, pero aún tiene acceso a visitas de asesoramiento de atención aguda y salud mental a través de Teladoc.

¡Paga \$0!

Los miembros de los planes Core, Buy-up y Limited PPO tendrán un copago de \$0 por visitas virtuales. Los miembros del plan HSA pagarán un coseguro del 0% después de alcanzar el deducible.

Cómo programar su cita:

- Visitar Teladochealth.com
- Llamar al 1-855-549-2214
- Descargar la aplicación Teladoc

Accidente y Enfermedades Críticas

Seguro Voluntario de Accidente

Voya Financial

El seguro de accidentes le paga beneficios por lesiones y eventos específicos que resulten de un accidente cubierto a partir de la fecha de vigencia de su cobertura. Puede utilizar el dinero como desee, incluso para: deducibles, cuidado infantil, limpieza de la casa, comestibles o servicios públicos. El seguro de accidentes es una póliza de beneficios limitados. Este no es un seguro médico y no satisface el requisito de cobertura mínima esencial según la Ley de Atención Médica Asequible.

Si se inscribes en el seguro de accidentes, tienes acceso al beneficio de bienestar, que le paga un beneficio anual si realizas una prueba de detección de salud. El beneficio de bienestar está diseñado para alentarlo a mantener un estilo de vida saludable, ya que las pruebas detectan una amplia gama de enfermedades y dolencias potenciales.

Beneficios para tratamiento de emergencia	
Sala de emergencia	\$325
Rayo-x	\$100
Atención de urgencia	\$250
Ambulancia terrestre / aérea	\$550 / \$2,400
Bienestar anual	
Incentivo para el empleado y cónyuge	\$50
# visitas	1 por año
Incentivo para hijo(s)	\$50 para cada hijo
El examen biométrico in situ puede calificar para una visita de bienestar	Sí
Beneficio por fractura (no quirúrgico/quirúrgico)	
Cóccix	\$400 / \$800
Mano, muñeca o antebrazo	\$1,800 / \$3,600
Tobillo, pie o rótula	\$1,800 / \$3,600
Cadera	\$3,000 / \$6,000
Pierna	\$2,500 / \$5,000
Costillas	\$400 / \$800
Cráneo (Simple - excepto los huesos de la cara)	\$1,400 / \$2,800
Omoplato	\$1,800 / \$3,600
Hueso del cuello	\$1,440 / \$2,880
Pelvis	\$3,200 / \$6,400

Seguimiento y fisioterapia	
Fisioterapia	\$60 hasta 10 por accidente
Beneficio de seguimiento por accidentes	\$125
Muerte accidental	
Empleado	\$50,000
Cónyuge	\$25,000
Hijos	\$10,000
Muerte accidental por portador común	
Empleado	\$100,000
Cónyuge	\$50,000
Hijos	\$25,000
Beneficio de desmembramiento accidental	
Pérdida de ambas manos o ambos pies o de la vista en ambos ojos	\$28,000
Pérdida de una mano o un pie Y de la vista en un ojo	\$22,000
Pérdida de una mano Y un pie	\$22,000
Pérdida de una mano O un pie	\$12,500
Pérdida de dos o más dedos de manos o pies	\$1,800
Pérdida de un dedo de la mano o del pie	\$1,250
Lesiones cubiertas: dislocaciones (no quirúrgicas/quirúrgicas)	
Articulación de la cadera	\$2,550 / \$5,100
Rodilla	\$1,600 / \$3,200
Hombro	\$1,000 / \$2,000
Tobillo o pie	\$1,000 / \$2,000
Muñeca	\$750 / \$1,500
Dedo de la mano o pie	\$200 / \$400
Beneficios adicionales	
Quemaduras	\$1,500 - \$20,000
Laceraciones	\$60 - \$800
Lesión ocular	\$200 - \$400
Servicio dental de emergencia	\$200 extracción, \$400 corona
Contusión cerebral	\$350
Tendones, Ligamentos, y/o manguitos rotadores	\$600 - \$1,600
Discos rotos (reparación quirúrgica)	\$900

Paciente internado	
Admisión hospitalaria	\$1,750
Confinamiento hospitalario	\$325
Admisión a la UCI	\$4,000
Confinamiento en la UCI	\$450
Cirugía importante	\$2,000
Dispositivos prostéticos (uno / dos o más)	\$1,250 / \$2,000
Sangre, plasma y plaquetas	\$625
Costo por período de pago	
Individual	\$4.15
Individual + Cónyuge	\$6.63
Individual + Hijo(s)	\$8.35
Familia	\$10.83

Seguro Voluntario de Enfermedades Críticas

Voya Financiamiento

El seguro de enfermedades críticas paga un beneficio de suma global si se le diagnostica una enfermedad cubierta a partir de la fecha vigencia de la cobertura. Puede utilizar este dinero como desee, por ejemplo: para ayudar a pagar gastos no cubiertos por su plan médico, ingresos perdidos, cuidado de niños, viajes, costos de atención médica domiciliaria o cualquiera de sus gastos domésticos habituales. El seguro de enfermedades críticas es una póliza de beneficios limitados. Este no es un seguro médico y no satisface el requisito de cobertura mínima esencial según la Ley de Atención Médica Asequible.

Si se inscribes en el seguro de enfermedades críticas, tienes acceso al beneficio de bienestar, que proporciona un beneficio anual si completas una prueba de detección de salud. El beneficio de bienestar está diseñado para alentarlo a mantener un estilo de vida saludable, ya que las pruebas detectan una amplia gama de enfermedades y dolencias potenciales.

Módulo básico	
Ataque cardíaco (un paro cardíaco no es un ataque cardíaco)	100%
Cáncer	100%
Derrame	100%
Trasplante de órganos principales	100%
Bypass coronario	50%
Carcinoma in situ	50%
Módulo de órgano principal	
Diabetes Tipo 1	100%
Quemaduras severas	100%
Ataques isquémicos transitorios (AIT)	10%
Aneurisma roto o disecante	10%
Aneurisma aórtico abdominal	10%
Aneurisma de la aorta torácica	10%
Cirugía de corazón abierto para reemplazar o reparar válvulas	25%
Reemplazo o reparación de válvula cardíaca transcatheter	10%

Angioplastia coronaria	10%
Colocación de un desfibrilador automático implantable (o interno) (DAI)	25%
Colocación de marcapasos	10%
Módulo mejorado de cáncer	
Tumor cerebral benigno	100%
Cáncer de piel	10%
Trasplante de médula osea	50%
Trasplante de células madre	50%
Condiciones infantiles	
Parálisis cerebral	50% del beneficio del Empleado
Fibrosis quística	50% del beneficio del Empleado
Síndrome de Down	50% del beneficio del Empleado
Distrofia muscular	50% del beneficio del Empleado
Espina bífida	50% del beneficio del Empleado
Módulo de Calidad de Vida	
Parálisis permanente	100%
Pérdida de la vista, el oído o el habla	100%
Estado de coma	100%
Esclerosis múltiple	100%
Esclerosis lateral amiotrófica (ELA)	100%
Enfermedad de Parkinson	100%
Enfermedad de Alzheimer	100%
Enfermedad de Huntington	100%
Beneficio de bienestar	
Empleado, Cónyuge, Hijo(s)	\$75 cada, por año calendario
Cobertura	
Empleado	Elección entre \$10,000 o \$20,000
Cónyuge	50% del beneficio del Empleado
Hijo(s)	50% del beneficio del Empleado
Beneficio máximo total	Ilimitado (cáncer de piel – 1x por año calendario, 10x por vida)
Ocurrencia adicional	Separación de 6 meses por el mismo diagnóstico de cáncer o cáncer de piel.
Reocurrencia	Ilimitado (cáncer de piel – 1x por año calendario, 10x por vida)
Emisión garantizada	Sí
Período de espera	No hay período de espera
Reducción de beneficio	50% a los 70
Portabilidad	Incluido
Condiciones preexistentes	No hay limitaciones por condiciones preexistentes

Empleado

Costo quincenal (26 períodos de pago)

Incluye la clausula de Bienestar

Uni. Tobacco (tasa de fumador o no fumador)

Edad / Cobertura	\$10,000	\$20,000
Menor de 25	\$1.06	\$2.12
25-29	\$1.52	\$3.05
30-34	\$1.89	\$3.78
35-39	\$2.58	\$5.17
40-44	\$4.02	\$8.03
45-49	\$6.51	\$13.02
50-54	\$9.32	\$18.65
55-59	12.74	\$25.48
60-64	\$19.71	\$39.42
65-69	\$25.71	\$51.42
70+	\$30.18	\$60.37

Cobertura del Cónyuge*

Costo quincenal (26 períodos de pago)

Incluye la clausula de Bienestar

Uni. Tobacco (tasa de fumador o no fumador)

Edad / Cobertura	\$5,000	\$10,000
Menor de 25	\$0.55	\$1.11
25-29	\$0.74	\$1.48
30-34	\$0.97	\$1.94
35-39	\$1.32	\$2.63
40-44	\$1.98	\$3.97
45-49	\$2.93	\$5.86
50-54	\$4.04	\$8.08
55-59	\$5.24	\$10.48
60-64	\$6.78	\$13.57
65-69	\$9.90	\$19.80
70+	\$15.09	\$30.18

*La tasa del cónyuge se basa en la edad del cónyuge

Cobertura para los hijos

Costo quincenal (26 períodos de pago)

Incluye la clausula de Bienestar

Cantidad de cobertura	Tasa
\$5,000	\$0.18
\$10,000	\$0.37

Seguro Dental Beneficios

Delta Dental

Sus beneficios dentales le permiten visitar cualquier dentista, pero si elige un proveedor dentro de la red de Delta Dental, sus costos de bolsillo serán más bajos y no se le facturará el saldo. Puede elegir cobertura dental independientemente de su elección médica. Se ofrecen dos opciones de planes dentales.

Beneficios	Plan Core	Plan Buy Up
Deducible • Individual • Familia	\$50 \$150	\$50 \$150
Coseguro • Servicios Preventivos & Diagnósticos	Cubierto a 100% sin deducible	Cubierto a 100% sin deducible
• Servicios Básicos	80%, después del deducible	80%, después del deducible
• Servicios Mayores	No hay cobertura	50%, después del deducible
Beneficio máximo anual	\$1,000	\$2,000
Ortodoncia Cobertura para adultos y niños	No hay cobertura	50% (máximo de \$1,000)



Plan Dental		
	Costo por período de pago	
Nivel de cobertura	Core	Buy Up
Empleado	\$6.46	\$13.85
Empleado + Cónyuge	\$13.38	\$26.31
Empleado + Hijo(s)	\$14.77	\$29.08
Familia	\$22.62	\$40.15

Seguro de Visión **Beneficios**

Superior Vision

Usted también tiene la opción de comprar cobertura de la vista para sí mismo y su familia a través de Superior Vision.

Examen anual:	\$10 copago
Materiales:	\$25 copago
Asignación para marcos:	\$175
Asignación lentes de contacto:	\$175
Examen de adaptación de lentes de contacto:	Hasta \$40

Puede comprar un nuevo par de anteojos o lentes de contacto cada 12 meses. Sin embargo, no puede utilizar el beneficio de la vista para anteojos y lentes de contacto dentro de los mismos 12 meses.

Para obtener más información sobre la cobertura de visión, comuníquese con Superior Vision al 1-800-507-3800.

Plan de visión	
Nivel de cobertura	Costo por período de pago
Empleado	\$3.50
Empleado + Cónyuge	\$6.91
Empleado + Hijo(s)	\$6.28
Familia	\$10.32



Seguro Básico de Vida y MA&D

Seguro Voluntario de Vida y MA&D

Voya Financiamiento

Seguro Básico de Vida y MA&D

Empleados El nivel de cobertura es igual a su salario base anual, redondeado al siguiente \$1,000 superior, sin exceder \$50,000.

Seguro Voluntario de Vida y MA&D

Los empleados pueden comprar cobertura adicional en incrementos de \$10,000 hasta un beneficio máximo de \$500,000 o 5 x su sueldo anual, la cantidad menor. La cobertura está garantizada sin preguntas de salud hasta \$200,000 para los empleados. **Tenga en cuenta que si no elige cobertura durante su período inicial de elegibilidad, es posible que se requiera evidencia de asegurabilidad para una elección futura.**

Seguro Voluntario de Vida y MA&D - Cónyuge

Los empleados que compren el seguro voluntario de vida pueden comprar cobertura para su cónyuge en incrementos de \$5,000 hasta un beneficio máximo de \$250,000. El monto de la cobertura del cónyuge no puede exceder el 50% del monto elegido por el empleado. La cobertura para el cónyuge está garantizada sin preguntas de salud hasta \$50,000. Debe tener cobertura para usted mismo para elegir la cobertura para su cónyuge. **Tenga en cuenta que si no elige cobertura durante su período inicial de elegibilidad, es posible que se requiera evidencia de asegurabilidad para una elección futura.**

Seguro Voluntario de Vida y MA&D - Hijo(s)

Employees who purchase voluntary employee life may also purchase coverage for their eligible dependent child(ren) in the amount of \$10,000. Children are covered up to age 26. Child life and AD&D insurance can be purchased for \$1.70 per month. This premium is the same regardless of the number of children you are covering. You must have coverage on yourself to elect child life coverage.

Seguro voluntario de vida y MA&D - Empleado y Cónyuge	
Rango de edad	Tasa quincenal / \$1,000
<25	\$0.0554
25-29	\$0.0508
30-34	\$0.0600
35-39	\$0.0646
40-44	\$0.0785
45-49	\$0.1200
50-54	\$0.1800
55-59	\$0.3000
60-64	\$0.4938
65-69	\$0.7846
70+	\$0.9646

Para calcular su deducción después de impuestos por período de pago, utilice esta fórmula:

$$\frac{\text{Cantidad de cobertura}}{\$1,000} = \frac{\text{Cobertura en } \$1,000}{\text{Tasa por edad}} \times \text{Costo por período de pago}$$

Ejemplo: Si tiene 42 años y desea comprar \$50,000, su costo por período de pago sería el siguiente:
 $\$50,000 \div \$1,000 = 50 \times \$0.0785 = \3.93

Seguro de Incapacidad

Corto y Largo Plazo

Voya Financial

Incapacidad a Corto Plazo:

Período de eliminación:	14 días
Beneficios comienzan:	En el 15° día
Beneficio semanal:	60% del sueldo semanal
Beneficio máximo semanal:	\$2,300
Período máximo de beneficio:	11 semanas

Hafele paga el costo completo de este beneficio

Incapacidad a Largo Plazo:

Período de eliminación:	90 días
Beneficios comienzan:	En el 91 ^{er} día
Beneficio mensual:	60% del sueldo mensual b base
Beneficio máximo mensual:	\$10,000
Período máximo de beneficio :	Hasta la edad normal de jubilación de Seguro Social La inhabilidad para realizar su ocupación propia (durante los primeros 24 meses de incapacidad); luego la inhabilidad para realizar las tareas de cualquier ocupación para la cual haya sido educado o capacitado.

Empleado paga el costo completo de este beneficio

Costo LTD

El costo del seguro voluntario de LTD coverage es \$0.50 por cada \$100 de sueldo mensual. Para calcular su deducción después de impuestos por período de pago, utilice esta fórmula:

$$\frac{\text{Sueldo anual}}{\div 12} = \frac{\text{Sueldo mensual}}{\div \$100 \times \$0.50 \times 12 \div 26} = \text{Costo por período de pago}$$

Ejemplo: Si su sueldo anual es \$45,000, su costo por período de pago es:

$$\$45,000 \div 12 = \$3,750 \div \$100 \times \$0.50 \times 12 \div 26 = \$8.65$$

Tenga en cuenta que si no elige LTD durante su período inicial de elegibilidad, se requerirá evidencia de asegurabilidad para una elección futura.



Programa de Asistencia al Empleado (EAP)

Programa de asistencia al empleado (EAP)



Nombre del grupo: Hafele America Co.

Disponible cuando está inscrito en la cobertura de seguro de vida a término grupal a través de Voya, los servicios del Programa de asistencia al empleado (EAP, por sus siglas en inglés) son ofrecidos por Hafele America Co. y provee soluciones confidenciales a los desafíos de la vida sin costo adicional para usted.



Apoyo emocional confidencial

Nuestros médicos altamente capacitados están disponibles para brindar asesoramiento en persona o mediante sesiones de telesalud, hasta 3 visitas. Encuentre ayuda para la ansiedad, la depresión, el duelo y los ajustes de la vida, los conflictos en las relaciones y más.



FamilySource®

Reciba referidos calificados y recursos de nuestros especialistas para encontrar cuidado de niños y personas mayores, contratar empresas de mudanzas o contratistas de reparación de viviendas, planificar eventos, localizar cuidado de mascotas y más.



LegalConnect®

Hable con nuestros abogados para obtener asistencia práctica con sus problemas legales más urgentes, incluidos divorcio, adopción, derecho de familia, testamentos, fideicomisos y más. ¿Necesita representación? Obtenga una consulta gratuita de 30 minutos y una reducción del 25% en las tarifas.



FinancialConnect®

Nuestros expertos financieros pueden ayudar con una amplia gama de temas, como planificación fiscal y de jubilación, hipotecas, elaboración de presupuestos, deudas, bancarrotas y más.

Ayuda en cualquier momento y en cualquier lugar

Para acceder a sus servicios del EAP las 24 horas del día, los 7 días de la semana, así como a artículos, podcasts y videos, puede visitar: guidanceresources.com y usar el ID Web: **My5848i**

Descargue la aplicación móvil desde Apple App Store o Google Play Store de Android buscando **Guidance Now™**.

Para recibir ayuda llame al **877-533-2363** o **800-697-0353** para TTY

Los servicios del EAP son proporcionados por ComPsych® Corporation, Chicago, IL. FamilySource®, LegalConnect®, IDResources® y FinancialConnect® son marcas comerciales registradas de ComPsych® Corporation. Es posible que no todos los productos y servicios estén disponibles en todos los estados.

The insurance policy being advertised is available only in English. The policy is the official, controlling document. Any information provided in Spanish is for informational purposes only, and shall not be construed to modify or change the insurance policy.

La póliza de seguros que se ofrece está disponible solo en inglés. La póliza es el documento oficial regulador. Cualquier información en español se proporciona solamente con fines informativos y no se deberá interpretar como una modificación o un cambio a la póliza de seguros.

RellaStar Life Insurance Company (Minneapolis, MN), un miembro de la familia de compañías de Voya®.

© 2023 Voya Services Company. Todos los derechos reservados. CN2909056_0825

217026 217026SPA_100123

PLAN
INVEST
PROTECT

VOYA
FINANCIAL

Cuentas de Gastos Flexibles (FSA)

Administradas por Flores

¿Qué tipo de cuentas de gastos flexibles ofrece Hafele America Co.?

Hafele America Co. ofrece una FSA de Salud, una FSA de Propósito Limitado, una FSA de Cuidado de Dependientes y una FSA de Beneficios para Viajeros Diarios, todas administradas por Flores.

¿Cuál es la diferencia entre la FSA de Salud y la FSA de Propósito Limitado?

Los fondos de la FSA de Salud se pueden utilizar para pagar gastos médicos, dentales y de visión y, para los medicamentos y suministros médicos, dentales, recetados y de venta libre que sean médicamente necesarios.

Cuando se inscribe en un plan médico con deducible alto con una HSA, solo es elegible para inscribirse en una FSA de Propósito Limitado. Esta FSA solo se puede utilizar para gastos dentales y de visión elegibles. Los exámenes de la vista, anteojos graduados, exámenes dentales, radiografías, coronas y ortodoncia son todos gastos elegibles.

¿Cuál es la ventaja de la FSA?

Las cuentas de gastos flexibles le permiten diferir dólares antes de impuestos para gastos de bolsillo de atención médica y cuidado de dependientes que no están cubiertos por planes médicos, dentales o de visión. La cuenta de beneficios para viajeros diarios puede reembolsarle los costos elegibles de estacionamiento y tránsito con dólares libres de impuestos. Le recordamos que si elige inscribirse en el nuevo plan HDHP con la HSA, solo puede inscribirse en la FSA de Propósito Limitado.

¿Cuál es el aplazamiento máximo permitido?

Para la FSA de Salud y la FSA de Propósito Limitado, el monto máximo de contribución es de \$3,400. También puede transferir hasta \$680 del saldo del año anterior. El monto máximo de aplazamiento de la FSA de Cuidado de Dependientes es de \$7,500. Según el plan FSA, el requisito mínimo de aplazamiento para la FSA de salud y cuidado de dependientes es de \$100. Si tiene gastos de transporte calificados (QTE) relacionados con el trabajo, puede elegir hasta un máximo mensual de \$340 de dólares antes de impuestos.

¿Puedo participar en la FSA de Salud si no soy inscrito en los planes de beneficios de Hafele America Co.?

Sí, puede contribuir fondos libres de impuestos para gastos elegibles de FSA, para sí mismo y/o sus dependientes, incluso si elige no participar en los planes de beneficios ofrecidos a través de su empleo en Hafele America Co.

¿Puedo participar en la FSA de Salud si estoy inscrito en la Cuenta de Ahorros para la Salud?

Si es inscrito en la HSA, solo puede participar en la FSA de Propósito Limitado, que solo permite gastos dentales y de la vista.



Plan 401k Tradicional y ROTH

Administrado por Fidelity

¿Cuándo soy elegible para inscribirme?

Después de un (1) mes de empleo.

¿Cuándo puedo inscribirme en el plan?

En el primer día de cada mes. El plan ofrece una función de inscripción automática. Consulte la información de inscripción a continuación

¿Cuánto puedo contribuir?

Los empleados elegibles pueden contribuir entre el 1% y el 60% de su remuneración elegible, los aplazamientos pueden ser hechos sobre base antes de impuestos y/o Roth (límite del IRS de \$24,500 para 2026). Puede cambiar su contribución al inicio del período de nómina. Hafele igualará el 50% del primer 6% de la remuneración diferida..

¿Puedo hacer una contribución de recuperación?

Si tiene 50 años o más al final del año contributivo y ha alcanzado el límite anual del IRS o el límite máximo de contribución del Plan para el año, puede realizar un aplazamiento adicional antes de impuestos de hasta el límite de contribución según el IRS (2026 = \$32,500). Si tiene entre 60 y 63 años para fines de 2026, puede contribuir \$11,500 adicionales por encima del límite del IRS.

¿Cuándo tengo derecho adquirido al plan?

Las contribuciones de los empleados se adquieren inmediatamente al 100%. Las contribuciones de igualación de la empresa y las contribuciones discrecionales de participación en las ganancias se otorgan en función de los años de servicio.

¿Puedo pedir un préstamo del plan?

Aunque la cuenta está destinada al futuro, puede solicitar un préstamo de su cuenta.

¿Cuáles son las opciones de inversión?

Consulte la descripción resumida del plan para conocer las opciones de inversión.

Además de los retiros tradicionales por dificultades del 401k, ¿cuáles son mis opciones de retiro disponibles?

- Nacimiento o adopción calificados
- Abuso doméstico
- Retiro de emergencia
- Desastre declarado calificado
- Contratos de atención a largo plazo

Para obtener información adicional y detallada, comuníquese con un representante de Recursos Humanos.

Inscripción en el plan de jubilación

Si aún no lo ha hecho, inscribirse en su plan es un buen paso hacia una jubilación más segura. Es fácil inscribirse en el plan e invertir hacia un futuro seguro para sí mismo y su familia.

Primero, visite Fidelity NetBenefits en www.401K.com.

- Luego, cree su contraseña. Si ya es cliente de Fidelity, puede utilizar su contraseña actual. Tenga en cuenta que se le pedirá que ingrese su dirección de correo electrónico.
- Finalmente, haga clic en el enlace para inscribirse.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda antes de comenzar, visite www.401K.com o, llame a Fidelity al 1-800-835-5097. Su plan tiene una función de inscripción automática. Si la función automática se aplica a usted y no realiza ninguna acción, quedará inscrito automáticamente. Recibirá una notificación por separado explicando cuándo se producirá la inscripción automática.

Seguro Voluntario

Cuidado al Largo Plazo

Resumen

El cuidado a largo plazo es el tipo de atención que necesita cuando ya no puede hacer las cosas que da por hecho todos los días. Es necesario cuando cosas simples, como levantarse de la cama, comer o incluso ducharse, se vuelven demasiado difíciles de hacer por su cuenta.

El seguro de cuidados a largo plazo (LTCi) permite a los miembros de la familia actuar como administradores de cuidados en lugar de cuidadores. Además, ayuda a mantener la libertad de elección y garantiza una alta calidad de la atención. Estos beneficios hacen de LTCi una parte fundamental de la planificación financiera personal.

Legacy Services es un corredor independiente que se ha especializado en LTCi durante los últimos veinte años. Durante las consultas telefónicas sin compromiso, proporcionamos un análisis en profundidad de los principales contratos LTCi tradicionales e híbridos.

Elegibilidad

Los solicitantes deben tener entre 30 y 75 años y vivir en los EE. UU. (50 estados y DC). Los participantes elegibles incluyen a los empleados de tiempo completo y parcial, jubilados, cónyuges/parejas de hecho de empleados/jubilados y familiares. La aceptación no está garantizada. Se debe completar una solicitud que cubra el historial médico.

Opciones de planes

Aseguradoras - existen diferencias en las tarifas, pautas de suscripción y opciones de pólizas que hacen que ciertas compañías sean mejores para ciertas personas. Legacy representa múltiples aseguradoras con altas calificaciones financieras.

Planes – Este programa ofrece pólizas LTCi tradicionales y pólizas híbridas life+LTCi. Existe una amplia gama de niveles de cobertura y opciones para personalizar la cobertura. Todas las pólizas son totalmente portátiles.

Asociación: la mayoría de los estados han implementado programas de asociación de atención a largo plazo que brindan protección adicional a sus activos. Cada dólar que su póliza de Asociación paga en beneficios le da derecho a conservar un dólar de sus activos si necesita solicitar Medicaid.

Cómo solicitar la cobertura

Servicio personalizado– Cada uno tiene necesidades únicas que deben discutirse individualmente. Por este motivo, nuestro programa incluye consultas telefónicas sin compromiso con asesores especializados en LTCi. Hacen una serie de preguntas diseñadas para brindar a cada participante consejos sobre su situación personal, que incluyen: idoneidad, selección de un proveedor, niveles de cobertura y opciones de póliza apropiadas. Luego te darán precios.

Solicitar – Los participantes elegibles pueden presentar su solicitud en cualquier momento durante el año. Un asesor de LTCi lo guiará durante todo el proceso de solicitud. La aprobación tarda entre 6 y 8 semanas. Dependiendo de su edad y estado de salud, este proceso puede incluir una entrevista de salud telefónica de 20 a 30 minutos, revisión de registros médicos y/o una entrevista cara a cara. Si no hay registros médicos recientes disponibles, se puede solicitar un examen físico.

Prima

El beneficio LTCi es un plan voluntario por lo que el participante paga el 100% de la prima. Las primas se basan en la edad, el sexo, la salud, el estado civil, la compañía aseguradora y el nivel de cobertura seleccionado.

No hay deducción de nómina. Las primas se pueden pagar mensualmente (mediante giro bancario automático), trimestral, semestral o anualmente. Hay un descuento por pagar primas anualmente.

Para obtener información adicional

Nuestro número gratuito es 800-230-3398. Para obtener ejemplos de precios, un seminario en línea o programar una consulta telefónica sin compromiso, visite www.legacyltci.com.



Seguro Voluntario para Mascotas

Nationwide

Los empleados amantes de las mascotas pueden obtener la mejor cobertura médica para sus mascotas con My Pet Protection Choice™, disponible solo a través de los programas de beneficios laborales.

Nationwide ofrece dos planes para empleados listos para usar, además de la posibilidad de personalizar un plan de cobertura para cada mascota y sus necesidades específicas de cuidado.

Cada póliza de My Pet Protection Choice™ incluye emisión garantizada y estos beneficios adicionales para apoyar a las familias con mascotas:

- Tarifas de alojamiento y perreras de emergencia
- Mascota perdida por robo o extravió
- Publicidad y recompensa por mascotas perdidas
- Beneficio de mortalidad

Fácil de usar, fácil de entender

Usar un plan de seguro para mascotas de Nationwide es fácil:

- Visita a cualquier veterinario, en cualquier lugar
- Presentar una reclamación desde cualquier dispositivo
- Obtenga un reembolso por los gastos elegibles una vez que se alcance el deducible



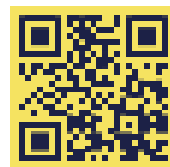
My Pet Protection Choice™	Accident & Illness	Accident, Illness & Wellness	Customizable
Annual deductible options	\$250	\$250	\$100 to \$500
Reimbursement level	80%	80%	50%, 70% or 80%
Accident coverage	✓	✓	✓
Annual maximum	\$5,000	\$5,000	\$2,500 or \$5,000
Broken bones, animal attack, hit by car, poisoning, heatstroke, and more	✓	✓	✓
Illness coverage	✓	✓	Optional
Annual maximum	\$5,000	\$5,000	\$2,500 or \$5,000
Ear infections, diabetes, vomiting, allergies, cancer, and more	✓	✓	✓
Hereditary & congenital coverage	✓	✓	Optional when purchased with illness coverage
Annual maximum	\$5,000	\$5,000	\$2,500 or \$5,000
Hip dysplasia, cherry eye, elbow dysplasia, umbilical hernia, brachycephalic syndrome, and more	✓	✓	✓
Wellness coverage (for dogs & cats)		✓	Optional
Annual maximum		\$450	\$450 or \$800
Vaccination or titer, fecal test, deworming, microchip, health certificate, heartworm or FeLV/FIV test, flea control or heartworm prevention, and more		✓	✓
Spay/neuter or dental ² and one additional test ³			✓

Inscripción fácil

¡Inscribese en cualquier momento durante el año!

Hay tres formas sencillas de contratar un seguro para mascotas:

1. Utilice el enlace dedicado para Hafele America Co.: <https://benefits.petinsurance.com/hafele>
2. Llamar al 877-738-7874 y mencione que es empleado de Hafele America Co. para recibir precios preferenciales
3. Escanee el código QR e ingrese el nombre de la compañía.



Benefit Resource Center

¿Necesita ayuda para decidir en qué plan médico inscribirse o tiene un reclamo con el que necesita ayuda? ¡El **Benefit Resource Center** está aquí para ayudar!



Llame al Benefit Resource Center (“BRC”),
¡Estamos aquí para ayudarlo!

Expertos en seguros. Nuestros especialistas de beneficios pueden ayudar con:

- Decidir qué plan es el mejor para Ud.
- Preguntas sobre pólizas y planes de beneficios
- Elegibilidad y ayuda con reclamos
- Información sobre apelaciones y procesos de reclamos
- Cambios de estado calificados
- Transición de la atención al cambiar de aseguradora
- Escalamiento, apelación y resolución de reclamos
- Conceptos básicos de Medicare con el plan de su empleador
- Coordinación de beneficios
- Encontrar proveedores dentro de la red
- Problemas de acceso a la atención
- Obtener servicios de administración de casos
- Reclamos de incapacidad grupal
- Presentación de reclamos por servicios fuera de la red



Benefit Resource Center

BRCSouth@usi.com | Línea gratuita: 855-874-0835

de lunes a viernes 8:00am a 5:00pm

Horario estándar del Este y Central

Avisos importantes

Avisos legales importantes que afectan la cobertura de su plan de salud

LA LEY DE DERECHOS SOBRE LA SALUD Y EL CÁNCER DE LA MUJER DE 1998

Si le realizaron o van a realizarle una mastectomía, puede tener derecho a ciertos beneficios en virtud de la Ley de derechos sobre la salud y el cáncer de la mujer de 1998 (Women's Health and Cancer Rights Act of 1998; WHCRA). A las personas que reciben beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se habrá de brindar de la manera que se determine en consulta con el médico tratante y la paciente para:

- Todas las etapas de reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía;
- La cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir una apariencia simétrica;
- Las prótesis; y
- El tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema.

Estos beneficios se proporcionarán con sujeción a los mismos deducibles y coaseguros que se aplican a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados en virtud de este plan. Para ver la información sobre los deducibles y coaseguros aplicables al plan en el que se inscriba, por favor consulte las descripciones del plan.

REVELACIÓN DE LA LEY DE RECIÉN NACIDOS - FEDERAL

Los planes de salud grupales y los emisores de seguros de salud generalmente no pueden, en virtud de la ley federal, restringir los beneficios correspondientes a la estadía hospitalaria de cualquier duración en conexión con un parto 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 al proveedor tratante de la madre o el recién nacido, después de consultar con la madre, dar de alta a la madre o su recién nacido antes de 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, los planes y emisores tienen prohibido, en virtud de la ley federal, requerir que un proveedor obtenga la autorización del plan o el emisor del seguro para ordenar una estadía cuya duración no supere 48 horas (o 96 horas).

AVISO DE DERECHOS DE INSCRIPCIÓN ESPECIALES

Si está declinando la inscripción para usted o sus dependientes (lo que incluye a su cónyuge) debido a que tiene otro seguro de salud o cobertura de un plan de salud grupal, podría poder inscribirse usted, e inscribir a sus dependientes, en este plan si usted o sus dependientes llegan a perder la elegibilidad en la otra cobertura (o si su empleador deja de contribuir a la otra cobertura, ya sea la suya o la de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción en los siguientes 30 días de la fecha en que la otra cobertura, suya o la de sus dependientes, termine (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).

Además, si tiene un dependiente nuevo como consecuencia de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción, podría poder inscribirse e inscribir a sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción en los siguientes 30 días de la fecha del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción.

Así también, si declina la inscripción suya o la de sus dependientes elegibles (lo que incluye a su cónyuge) mientras que la cobertura de Medicaid o la cobertura de un programa CHIP estatal está en vigor, podría poder inscribirse e inscribir a sus dependientes en este plan si:

- pierde la cobertura de Medicaid o el programa CHIP estatal; o
- usted o sus dependientes adquieren la elegibilidad para obtener del Estado un subsidio de asistencia con las primas.

En cualquier caso, debe solicitar la inscripción en los primeros 60 días a partir de cuando perdió la cobertura o la fecha en que adquirió la elegibilidad para recibir asistencia con las primas.

Para solicitar la inscripción especial u obtener más información, comuníquese con la persona cuyo nombre aparece al final de este resumen.

Avisos importantes continuación

DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS DE LA LEY ERISA

Como participante en el Plan usted tiene ciertos derechos y protecciones conforme a la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 (Employee Retirement Income Security Act of 1974; "ERISA"). ERISA establece que todos los participantes tendrán derecho a:

Recibir información sobre su plan y sus beneficios

- Examinar, sin cargo alguno, en la oficina del Administrador del Plan y en otros lugares especificados, el Plan y los documentos que rigen al Plan, incluido el contrato de seguro y las copias de todos los documentos presentados por el Plan al Departamento del Trabajo de EE.UU., de haberlos, como informes anuales y descripciones de los Planes.
- Obtener, bajo previa petición por escrito al Administrador del Plan, copias de los documentos que rigen al Plan y demás información sobre el Plan. El administrador podría cobrar un cargo razonable por las copias.
- Recibir un resumen del informe financiero anual del Plan, si en virtud de ERISA se requiere que se proporcione. La ley exige que el Administrador del Plan le provea a cada participante una copia de este resumen del informe anual, de haberlo.

Extender la cobertura del plan médico grupal

Si corresponde, usted podría extender la cobertura de atención de la salud para sí mismo, su cónyuge o dependientes en caso de que pierda la cobertura del plan como consecuencia de un evento calificador. Usted y sus dependientes podrían tener que pagar por dicha cobertura. Examine el resumen de la descripción del plan y los documentos que rigen al Plan para informarse sobre las reglas correspondientes a sus derechos de extender la cobertura de COBRA.

Que los fiduciarios del plan tomen medidas prudentes

Además de crear derechos para los participantes, ERISA impone deberes a las personas responsables de administrar el Plan. Estas personas que operan el Plan, llamadas "fiduciarias" del Plan, tienen el deber de hacerlo de manera prudente y en interés de usted y otros participantes en el Plan.

Nadie, ni siquiera la Compañía o ninguna otra persona, puede despedirle o discriminar en contra suya de ninguna manera para evitar que obtenga beneficios de asistencia social o que ejerza sus derechos en virtud de ERISA.

Hacer valer sus derechos

Si se deniega, total o parcialmente, su reclamación del beneficio de asistencia social, debe recibir una explicación por escrito de la razón de la denegación. Usted tiene derecho a que el Plan revise y reconsidere su reclamación.

En virtud de la ley ERISA, puede tomar medidas para hacer valer estos derechos. Por ejemplo, si solicita materiales del Administrador del Plan y no los recibe a más tardar en 30 días, puede entablar una demanda en un tribunal federal. En tal caso, el tribunal podría ordenar al Administrador del Plan que le proporcione los materiales y que le pague un máximo de \$152 al día (hasta un límite de \$1,527 si se solicita), hasta que los reciba, a menos que no se hayan enviado por motivos fuera del control del Administrador del Plan. Si le niegan o ignoran una reclamación de beneficios total o parcialmente, y usted ha agotado los procedimientos para presentar reclamaciones disponibles en virtud del Plan, puede entablar una demanda ante un tribunal estatal o federal. Si sucede que los fiduciarios del Plan malversan el dinero del Plan, o si se discrimina en contra suya por hacer valer sus derechos, puede solicitar ayuda del Departamento del Trabajo de EE.UU. o puede entablar una demanda en un tribunal federal. El tribunal decidirá quién deberá pagar los costos del tribunal y honorarios de abogado. Si usted gana, el tribunal podría ordenar que la persona a quien usted demandó pague esos costos y honorarios. Si usted pierde (por ejemplo, si se determina que su reclamación es frívola), el tribunal podría ordenarle a usted que pague esos costos y honorarios.

Ayuda con sus preguntas

Si tiene alguna pregunta sobre su plan, esta declaración o sus derechos en virtud de la ley ERISA, debe comunicarse con la oficina más cercana de la Administración para la Seguridad de los Beneficios de los Empleados (Employee Benefits and Security Administration) del Departamento del Trabajo de EE.UU. que aparece en el directorio telefónico o con la División de Ayuda y Consultas Técnicas de la Administración para la Seguridad de los Beneficios de los Empleados del Departamento de Trabajo de EE.UU.: Division of Technical Assistance and Inquiries, Employee Benefits and Security Administration, U.S. Department of Labor, 200 Constitution Avenue N.W., Washington, D.C. 20210.

Avisos importantes Continuación

NOTIFICACIÓN SOBRE PROGRAMA DE BIENESTAR

El programa de bienestar de Hafele America Co. es un programa voluntario disponible para todos los empleados. El programa es administrado de acuerdo a las reglas federales que autorizan programas de bienestar auspiciado por empleadores que buscan mejorar la salud de los empleados o prevenir enfermedades, incluyendo el Acta de Americanos con Discapacidades de 1990, la Ley de No Discriminación por Información Genética de 2008, y la Ley de Responsabilidad y Movilidad del Seguro de Salud, según corresponda, entre otros. Si desean participar en el programa de bienestar se le pedirá que complete voluntariamente la evaluación de riesgos sanitarios que formula una serie de preguntas sobre sus actividades y comportamientos relacionadas a su salud y si tiene o ha tenido ciertas condiciones médicas (por ejemplo, cáncer, diabetes o enfermedad del corazón). También se le pedirá que complete un examen biométrico, que incluirá un examen de sangre para detectar el colesterol total, HDL, la proporción de CT/HDL, y glucosa en la sangre. No se le requiere completar la evaluación de riesgos sanitarios o participar del examen de sangre o otros exámenes médicos.

Sin embargo, los empleados que deseen participar en el programa de bienestar recibirán un incentivo de \$50 mensuales al acumular 100 puntos al participar en varias actividades de salud. Sin importar que no se requiera completar la evaluación de riesgos sanitarios o participar del examen biométrico, solo los empleados que participen recibirán 20 puntos. Podría obtener más puntos si sus resultados biométricos están dentro de los parámetros normales.

La información de su evaluación de riesgos sanitarios y los resultados de su examen biométrico serán utilizados para proveerle con la información que le ayudará a entender su salud actual y sus posibles riesgos. Se fomenta compartir sus resultados o preocupaciones con su doctor.

Protecciones por la Divulgación de Información Médica

Estamos requeridos por ley a mantener la privacidad y la seguridad de la información médica personal identificable. Sin embargo, el programa de bienestar y Hafele America Co. pueden utilizar información agregada para diseñar un programa basado en los riesgos de salud identificados en el lugar de trabajo. El programa de bienestar de Hafele America Co. nunca revelará su información personal ni públicamente, ni al empleador, con la excepción de que sea necesario para responder una solicitud suya de una adaptación razonable necesarias para participar en el programa de bienestar, o según permitido expresamente por la ley. La información médica que lo identifique personalmente que se le proporcione en conexión con el programa de bienestar no será proporcionada a sus supervisores o directores y no será utilizada jamás para tomar decisiones con relación a su empleo.

Su información médica no será vendida, cambiada, transferida, o de cualquier forma revelada con la excepción en la medida en que lo permita la ley para llevar a cabo actividades específicas relacionadas al programa de bienestar, y no se le pedirá ni requerirá a que renuncie a la confidencialidad de su información médica como condición de participar en el programa de bienestar o recibir un incentivo. Cualquiera que reciba su información con el propósito de proveerle servicios como parte del programa de bienestar cumplirá con los mismos requisitos de confidencialidad.

Además, toda la información médica obtenida por el programa de bienestar será guardada por separado de sus registros de personal, la información guardada electrónicamente será encriptada, y ninguna información que provee como parte del programa de bienestar será utilizada al hacer decisión de empleos. Se tomarán las precauciones apropiadas para evitar cualquier violación de datos, y si una violación de datos ocurre involucrando información que usted proporcionó en conexión con el programa de bienestar, se le notificará de inmediato.

No puede ser discriminado en el empleo por la información que proveyó como parte de participar en el programa de bienestar, ni puede ser sujeto a retaliación si no escoge participar.

Si tiene preguntas o preocupaciones con relación a este aviso, o acerca de protecciones contra la discriminación y las represalias, por favor contacte Recursos Humanos al 336-434-2322.

REVELACIÓN DEL PROGRAMA DE BIENESTAR

Su plan de salud está comprometido a ayudarle alcanzar su mejor salud. Las recompensas por participar en el programa de bienestar están disponibles para todos los empleados. Si considera que es incapaz de cumplir con un estándar para una recompensa para este programa de bienestar, puede calificar para la oportunidad de ganar las mismas recompensas de diferentes formas. Contáctenos al 336-434-2333 y trabajaremos con usted (y si quisiera, con su doctor) para encontrar un programa de bienestar con la misma recompensa que es adecuada para usted a la luz de su estado de salud.

Avisos importantes Continuación

INFORMACIÓN DE CONTACTO

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Las preguntas relacionadas con cualquiera de esta información pueden dirigirse a:
Human Resources

Aviso de Prácticas de Privacidad de la HIPAA

ESTE AVISO DESCRIBE LA FORMA EN QUE SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE USARSE Y DIVULGARSE Y LA FORMA EN QUE USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, LÉALO DETENIDAMENTE.

Este Aviso de prácticas de privacidad de la HIPAA (el "Aviso") contiene importante información acerca de su información médica. Nuestro Aviso vigente está publicado en la página de inicio de la red interna de la Compañía. Asimismo, tiene derecho de recibir una copia impresa de este Aviso y puede solicitarnos que le demos una copia de este Aviso en cualquier momento. Si recibió este Aviso electrónicamente, tiene derecho a obtener una copia impresa del mismo. Si tiene cualesquiera preguntas sobre este Aviso, por favor comuníquese con la persona cuyo nombre aparece en la Parte 8, más abajo.

La Ley de Transferibilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996; "HIPAA") impone numerosos requisitos a los planes de salud de empleadores acerca de la forma en que cierta información de salud identificable individualmente —conocida como información de salud protegida o PHI en inglés— puede usarse y darse a conocer. Este Aviso describe la forma en que Häfele America Co. Group Health Plans ("los Planes") y cualquier tercero que ayude a administrar los Planes, pueden usar y revelar su información de salud protegida para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención de la salud y para otros fines que la ley permita o requiera. Este Aviso también describe sus derechos a acceder y controlar su información de salud protegida. La "información de salud protegida" es información que los Planes mantienen o transmiten, que puede identificarle y que está relacionada con su condición o salud mental o física pasada, presente o futura y los servicios de atención de la salud conexos.

Entendemos que la información médica sobre usted y su salud es personal. Estamos comprometidos a proteger la información médica relativa a usted y la usaremos lo mínimo que sea necesario para lograr el propósito pretendido de usarla, revelarla o solicitarla. Este Aviso se aplica a todos los registros médicos que mantenemos. *Para los Planes médicos grupales, se aplicarán los Avisos de Prácticas de Privacidad de nuestros aseguradores, exceptuando la información médica limitada que usted pueda enviar a los Planes médicos grupales y que mantengan cuando usted nos solicite que le asistamos en la tramitación de reclamaciones o disputas de determinación de beneficios, la información relacionada con su inscripción o dada de baja de los Planes médicos grupales y cierta información de salud resumida. Este Aviso únicamente se aplicará al Plan médico grupal hasta donde dicho plan tenga información médica del tipo antes mencionado acerca de usted.*

Su médico personal o proveedor de atención de la salud puede tener distintas políticas o avisos acerca de su uso y revelación de la información médica suya.

La ley nos exige que acatemos los términos establecidos en este Aviso para:

- Asegurar que la información médica que le identifica se mantenga privada.
- Proporcionarle este Aviso de nuestras prácticas de privacidad y deberes legales con respecto a la información médica sobre usted.
- Apegarnos a los términos del Aviso que esté en vigencia.

Avisos importantes Continuación

Es importante notar que estas reglas se aplican a los Planes, no a Hafele America Co. como empleador.

1. Cómo podemos usar y divulgar a la información médica sobre usted. HIPAA generalmente permite usar y revelar su información de salud sin su permiso con fines de tratamiento de atención de la salud, actividades de pago y operaciones de atención de la salud. Estos usos y revelaciones se describen más completamente más abajo. Se le hace notar que este Aviso no enumera todo uso o revelación, sino que más bien brinda ejemplos de los usos y las revelaciones más comunes.

- **Tratamiento:** Cuando proceda, podemos usar o revelar información médica sobre usted para facilitar el tratamiento médico o los servicios suministrados por proveedores. Podemos revelar información médica sobre usted a proveedores de atención de la salud, incluidos médicos, personal de enfermería, técnicos, estudiantes médicos u otro personal hospitalario que participe en su cuidado. Por ejemplo, podemos revelar información sobre usted a médicos que le estén tratando.
- **Pago:** Cuando proceda, podemos usar y revelar información médica sobre usted para determinar su elegibilidad para recibir los beneficios de los Planes, para facilitar el pago del tratamiento y de los servicios que reciba de proveedores de atención de la salud, para determinar la responsabilidad de los beneficios y la cobertura en virtud de los Planes o para coordinar su cobertura. Por ejemplo, podemos revelar información sobre su historial médico a un médico (incluido su médico) para determinar si un tratamiento en particular es de carácter experimental, de investigación o necesario médicamente o para decidir si los Planes cubrirán el tratamiento. Además, podemos compartir información médica con otra entidad para asistir con la adjudicación o subrogación de reclamaciones de salud o con otro plan de salud para coordinar los pagos de beneficios.
- **Operaciones de atención de la salud:** Cuando proceda, podemos usar y revelar información médica sobre usted para las operaciones de los Planes, según sea necesario. Por ejemplo, podemos usar información médica en conexión con: realizar evaluaciones de la calidad y mejoramiento de la administración; evaluar el riesgo, clasificar las primas y realizar otras actividades relacionadas con la cobertura; presentar reclamaciones de cobertura de limitación de pérdidas (o de pérdida excesiva); realizar o disponer la revisión médica, los servicios legales y servicios de auditoría, así como los programas de detección de fraude y abuso; planeación y desarrollo de negocios, como la administración de costos; y administrar el negocio y realizar las actividades administrativas generales de los Planes. Por ejemplo, podemos usar su información para revisar la eficacia de los programas de bienestar o al negociar nuevos arreglos con nuestros aseguradores nuevos. No usaremos ni revelaremos su información genética con fines de evaluación de riesgo.

Siempre intentaremos asegurar que la información médica que se use o revele esté limitada a la norma de “grupo designado de registros” y “mínimo imprescindible”, que incluye un “grupo limitado de datos”, como se define en HIPAA y ARRA (según se define en la Parte 3, abajo) para estos fines. También podemos comunicarnos con usted para brindarle información sobre las opciones de tratamiento o alternativas u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que pudieran serle de interés.

OTROS USOS Y REVELACIONES PERMITIDOS

- **Revelación a otros que participan en su atención:** Podemos revelar información médica sobre usted a un pariente, una amistad o a cualquier otra persona que usted identifique, siempre y cuando la información sea relevante directamente para que esa persona participe en su atención de la salud o pague dicha atención. Por ejemplo, si un integrante de su familia o persona cuidadora nos llama conociendo de antemano lo relativo a una reclamación y nos pide que ayudemos a verificar el estado de dicha reclamación, podríamos acceder a ayudarlo a confirmar si se ha recibido y pagado la reclamación en cuestión.
- **Revelación a un patrocinador de un Plan de salud:** Puede revelarse información a otro plan de salud que mantenga Hafele America Co. con fines de facilitar los pagos de reclamaciones en virtud de ese plan.

Avisos importantes Continuación

Además, la información médica puede revelarse al personal de Häfele America Co. exclusivamente con fines de administrar los beneficios en virtud de los Planes.

- **Compensación a los trabajadores:** Podemos revelar información médica sobre usted para programas de compensación a trabajadores o similares. Estos programas proporcionan beneficios para lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.
- **Para cumplir con los requisitos federales y estatales:** Revelaremos información médica sobre usted cuando la ley federal, estatal o local así lo requieran. Por ejemplo, podemos revelar información médica cuando el Departamento del Trabajo de EE.UU. u otras entidades gubernamentales que nos regulan lo requieran; a funcionarios encargados de hacer cumplir las leyes federales, estatales y locales; como respuesta a una orden judicial, citatorio u otro proceso legal; y para tratar asuntos de interés público según la ley lo requiera o permita (por ejemplo, reportar maltrato y descuido infantil, amenazas a la salud y seguridad públicas y por razones de seguridad nacional). Se nos requiere que revelemos información médica sobre usted a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. si el Secretario está investigando o determinando el cumplimiento con lo establecido en HIPAA o a funcionarios federales autorizados para desempeñar actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por ley. Podemos revelar su información médica a una agencia de vigilancia de la salud para las actividades que la ley autorice (como auditorías, investigaciones, inspecciones y licenciamiento).
- **Para evitar una amenaza grave a la salud o seguridad:** Podemos usar y revelar información médica sobre usted cuando sea necesario para evitar una amenaza grave a su salud y seguridad o a la salud y seguridad del público o de otra persona. Sin embargo, cualquier revelación sólo se haría a alguien que pudiera ayudar a evitar la amenaza. Por ejemplo, podemos revelar información médica sobre usted en un proceso relacionado con el licenciamiento de un médico.
- **Fuerzas armadas y veteranos:** Si usted forma parte de las fuerzas armadas, podemos revelar información médica sobre usted según lo requieran las autoridades del mando militar. También podemos revelar información médica sobre personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera adecuada.
- **Asociados comerciales:** Podemos revelar su información médica a nuestros asociados comerciales. Tenemos contratos con entidades (definidas como “asociados comerciales” en virtud de la HIPAA) para que nos ayuden a administrar sus beneficios. Celebraremos contratos con estas entidades requiriéndoles que usen y revelen su información de salud únicamente conforme a lo que estemos autorizados en virtud de la HIPAA.
- **Otros usos:** Si es usted un donante de órganos, podemos revelar su información médica a organizaciones que manejan la obtención de órganos o el trasplante de órganos, ojos o tejidos o a un banco de donación de órganos, según sea necesario para facilitar la donación y el trasplante de órganos o tejidos. Podemos revelar su información médica a un médico forense o examinador médico. Si está en prisión en una institución correccional o bajo la custodia de un funcionario de las fuerzas del orden público, podemos revelar su información a la institución o al funcionario de las fuerzas del orden público.

Los usos y las revelaciones que no sean las descritas en este aviso requerirán su autorización por escrito. Se requiere su autorización por escrito para: la mayoría de usos y revelaciones de notas de psicoterapia; usos y revelaciones de información de salud personal cuyos fines sean de mercadotecnia; y revelaciones que son ventas de información de salud personal. **Usted puede revocar su autorización en cualquier momento, pero no puede revocarla si los Planes ya actuaron dependiendo en ella.**

Avisos importantes Continuación

Las leyes de privacidad de un estado en particular u otras leyes federales pueden imponer una norma de privacidad más estricta. Si estas leyes más estrictas se aplican y no se sustituyen por reglas de prevención federales en virtud de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 (Employee Retirement Income Security Act of 1974), los Planes cumplirán con la ley más estricta.

2. Sus derechos acerca de la información médica sobre usted. Usted tiene los derechos siguientes sobre la información médica que mantenemos sobre usted:

- **Derecho a inspeccionar y copiar:** Usted tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia de su información médica que pueda usarse para tomar decisiones sobre sus beneficios en virtud de los Planes.

Si solicita una copia de la información, podemos cobrarle una cuota por los costos de copiar, enviar por correo postal u otros suministros relacionados con su solicitud.

En ciertas circunstancias muy limitadas, podríamos negar su solicitud de inspeccionar y copiar. Si se le niega acceso a la información médica, puede solicitar que se revise esa negación. Si los Planes no mantienen la información de salud, pero saben en dónde se encuentra, se le informará a dónde dirigir su solicitud.

- **Su derecho a enmendar:** Si considera que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitar que la enmendemos. Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda durante todo el tiempo que los Planes tengan la información o que otros la tengan para los Planes.

Además, debe proporcionar una razón que apoye su solicitud.

Podemos negarle su solicitud de que realicemos una enmienda si no la hace por escrito o no incluye la razón que apoye a la solicitud. Además, podemos denegar su solicitud si nos solicita que enmendemos cualquiera de la información siguiente:

- Información que no forma parte de la información médica mantenida por o para los Planes.
- Información que no hayamos creado nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para hacer la enmienda.
- Información que no forma parte de la información que se le permitiría inspeccionar y copiar.
- Información correcta y completa.
- **Derecho a que le rindamos cuentas de las revelaciones:** Usted tiene derecho a solicitar una “rendición de cuentas de las revelaciones” (es decir, una lista de ciertos casos en que los Planes han revelado su información de salud). Generalmente, usted puede obtener una rendición de cuentas si la revelación se hizo porque lo requería la ley, en conexión con actividades de salud pública o en situaciones similares como las enumeradas arriba en “Otros usos y revelaciones permitidos”. Usted no tiene derecho a que se le rindan cuentas de las revelaciones cuando dichas revelaciones:
 - Fueron para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención de la salud.
 - Se le hicieron a usted sobre su propia información de salud.
 - Fueron incidentales a otras revelaciones permitidas.
 - Se realizaron cuando se otorgó la autorización.
 - Se realizaron a familiares o amigos que participan en su atención (en donde se permita hacer revelaciones sin autorización).

Avisos importantes Continuación

- Se realizaron con fines de seguridad o inteligencia nacionales o a instituciones correccionales o funcionarios del orden público, en ciertas circunstancias.
- Se realizaron como parte de un conjunto de datos limitados en el que la información revelada excluye información identificadora.

Para solicitar esta lista o rendición de cuentas de las revelaciones, debe presentar su solicitud, misma que debe establecer un plazo que no puede exceder seis años y no puede incluir fechas anteriores al **14 de abril de 2003**. Su solicitud debe indicar la forma en que desea recibir la lista (por ejemplo, impresa o electrónica). La primera lista que solicite en un periodo de 12 meses será gratuita. Si desea obtener listas adicionales, podemos cobrarle los costos de proporcionárselas. Le notificaremos los costos que esto implica para que pueda decidir si retirar o modificar su solicitud en ese momento, antes de que incurra en algún costo.

No obstante lo anterior, puede solicitar una rendición de cuentas de las revelaciones de cualquier “registro de salud electrónico” (es decir, un registro electrónico de información relacionada con la salud sobre usted que personal clínico y administrativo de atención autorizado de la salud elabore, recopile, administre y asesore), siempre y cuando usted nos presente su solicitud e indique un plazo no mayor a tres años antes de la fecha en la que solicitó la rendición de cuentas. En el caso de cualquier registro de salud electrónico creado en su nombre el 1^{er} de enero de 2009 o antes, este párrafo habrá de aplicarse a revelaciones realizadas el 1^{er} de enero de 2014 o posteriormente. En caso de cualquier registro de salud electrónico creado en su nombre después del 1^{er} de enero de 2009, este párrafo habrá de aplicarse a revelaciones realizadas el 1^{er} de enero de 2011 o la fecha en que adquirimos su registro de salud electrónico o posteriormente.

- **Su derecho a solicitar restricciones:** Usted tiene derecho a solicitar que la información médica que usamos o revelamos sobre usted para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención de la salud se restrinja o limite.

También tiene derecho a solicitar que se limite la información médica que revelamos sobre usted a alguien que participa en su atención o el pago de su atención, como a un integrante de su familia o amistad. Por ejemplo, podría solicitarnos que no usemos o revelemos información sobre una cirugía a la que se ha sometido.

No se nos requiere que accedamos a su solicitud. Si los Planes sí acceden, la restricción puede cancelarse posteriormente al usted solicitarla por escrito, por un acuerdo entre usted y los Planes (incluido oralmente) o unilateralmente por los Planes con respecto a información de salud creada o recibida después de que los Planes le hayan notificado que han eliminado las restricciones, así como para el tratamiento de emergencia.

Para solicitar que se restrinja su información, debe solicitarlo por escrito y proporcionarnos la información siguiente:

- La información que quiere limitar.
- Si quiere limitar nuestro uso, revelación o ambos.
- A quiénes quiere que se apliquen los límites (por ejemplo, revelaciones a su cónyuge).

A partir del 17 de febrero de 2010, (o cualquier otra fecha especificada, como la fecha de entrada en vigor en virtud de la ley aplicable) cumpliremos con toda solicitud de restricción si: (1) excepto como de otra forma lo requiera la ley, la revelación es para los Planes con fines de efectuar el pago o las operaciones de atención de la salud (y no con fines de suministrar el tratamiento); y (2) la información de salud protegida corresponde únicamente a un artículo o servicio de atención de la salud por el que el proveedor de atención de la salud implicado ha sido pagado enteramente de su bolsillo.

- **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales:** Usted tiene el derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de cierta manera o en ciertos lugares. Por ejemplo, puede solicitarnos que sólo nos comuniquemos con usted en su trabajo o por correo.

No le preguntaremos la razón de su solicitud. Cumpliremos todas las solicitudes razonables. Su solicitud debe especificar la forma en que desea que nos comuniquemos con usted y el lugar.

Avisos importantes Continuarci3n

Debe hacer cualquiera de las solicitudes descritas arriba a la persona cuyo nombre aparece en la Parte 8, abajo.

3. Aviso de violaci3n de la integridad de su informaci3n. De conformidad con los cambios en la HIPAA requeridos por la Ley de Tecnologa de la Informaci3n de Salud para la Salud Econ3mica y Clnica (Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act) de 2009 y sus reglamentaciones que la implementan (colectivamente denominadas "**la Ley HITECH**") en virtud de la Ley Estadounidense de Recuperaci3n y Reinversi3n (American Recovery and Reinvestment Act) de 2009 ("**ARRA**"), este Aviso tambi3n refleja los requisitos de aviso de violaci3n de la integridad de informaci3n federales impuestos a los Planes en caso de que un tercero no autorizado adquiera su informaci3n de salud protegida "no asegurada" (como se define en virtud de la Ley HITECH).

Entendemos que la informaci3n m3dica sobre usted y su salud es personal y estamos comprometidos a protegerla. Adem3s, le avisaremos despu3s de descubrir que ha habido cualquier "violaci3n" de su informaci3n de salud protegida no asegurada, como se define en la Ley HITECH (el "**Aviso de violaci3n**"). Su Aviso de violaci3n se le dar3 por escrito y se le enviar3 por correo de primera clase o bien, alternativamente por correo electr3nico si anteriormente accedi3 a recibir ese tipo de avisos electr3nicamente. Si la violaci3n incluye a:

- 10 o m3s personas para las que tenemos informaci3n de contacto insuficiente o desactualizada, enviaremos un Aviso de violaci3n individual sustituto ya sea public3ndolo en el sitio de Internet de los beneficios en la red interna de H3fele America Co. o proporcion3ndolo en medios impresos o de difusi3n importantes en donde probablemente vivan las personas afectadas.
- Menos de 10 personas para las que tenemos informaci3n de contacto insuficiente o desactualizada, enviaremos el Aviso de violaci3n sustituto por medios alternativos.

Se le dar3 el Aviso de violaci3n sin demora irrazonable y en ning3n caso despu3s de 60 d3as despu3s de que se haya descubierto la violaci3n y habr3 de incluir, hasta donde sea posible:

- Una descripci3n de la violaci3n.
- Una descripci3n de los tipos de informaci3n que estuvieron implicados en la violaci3n.
- Los pasos que debe dar para protegerse de posibles daos.
- Una breve descripci3n de lo que estamos haciendo para investigar la violaci3n, mitigar el dao y evitar que sucedan m3s violaciones.
- Nuestra informaci3n de contacto relevante.

Adem3s, para cualquier Aviso de violaci3n sustituto que proporcionemos mediante publicaci3n en Internet o medios impresos o de difusi3n importantes, este aviso habr3 de incluir un n3mero sin costo para que usted se comunique con nosotros para determinar si su informaci3n de salud protegida estuvo implicada en la violaci3n.

4. Cambios a este aviso. Podemos cambiar los t3rminos de este Aviso en cualquier momento. Si lo hacemos, las pol3ticas y los t3rminos nuevos entrar3n en vigor para toda la informaci3n m3dica que ya tengamos sobre usted, as3 como para toda la informaci3n que recibamos en el futuro. Le enviaremos una copia del aviso modificado.

5. Quejas. Si considera que sus derechos de privacidad se han quebrantado, puede presentar una queja ante los Planes o ante la Secretar3a del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja ante los Planes, comun3quese con la persona cuyo nombre aparece en la Parte 8, abajo.

Todas las quejas deben presentarse por escrito.

No se le penalizar3 por presentar una queja.

Avisos importantes Continuación

6. Otros usos de la información médica. Todo uso o revelación de su información médica que no se cubra en este Aviso ni en las leyes que se aplican a nosotros se realizará con su permiso por escrito. Si nos autoriza para usar o revelar información médica sobre usted, puede revocar esa autorización, por escrito, en cualquier momento. Si revoca su autorización, dejaremos de usar o revelar la información médica sobre usted por las razones que indique su autorización por escrito. Usted entiende que no podemos retractar las revelaciones que ya hayamos hecho con su autorización y que podría requerírse nos que retengamos nuestros registros relacionados con su inscripción y las determinaciones de sus beneficios.

7. Fecha de entrada en vigor. La fecha de entrada en vigor de este Aviso es el 9 de noviembre de 2016.

8. Información de contacto. Toda la correspondencia relacionada con el contenido de este Aviso debe rotularse como sigue:

Attn: Sr. Human Resource Manager (336) 434-8147

Häfele America Co. 3901 Cheyenne Drive Archdale, NC 27263

ESTE AVISO DESCRIBE LA FORMA EN QUE LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE USARSE Y REVELARSE Y LA FORMA EN QUE USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. **POR FAVOR, LÉALO DETENIDAMENTE.**

Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Se anima a los destinatarios del aviso a que lean el aviso en su totalidad. La información de contacto para preguntas o quejas aparece al final del aviso.

Sus derechos

Usted tiene derecho a:

- Obtener una copia de sus registros de salud y reclamaciones
- Corregir sus registros de salud y reclamaciones
- Solicitar comunicación confidencial
- Solicitarnos que limitemos la información que compartimos
- Obtener una lista de aquéllos con quienes hemos compartido su información
- Obtener una copia de este aviso de privacidad
- Elegir a alguien para que actúe en representación suya
- Presentar una queja si considera que sus derechos de privacidad se han quebrantado

Sus opciones

Usted tiene algunas opciones sobre la forma en que usamos y compartimos su información al:

- Contestar las preguntas de cobertura de su familia y amistades
- Proporcionar alivio en caso de desastre
- Comercializar nuestros servicios y vender su información

Nuestros usos y revelaciones

Podemos usar y compartir su información al:

- Ayudar a administrar el tratamiento de atención de la salud que usted recibe
- Operar nuestra organización
- Pagar por sus servicios de salud

Avisos importantes Continuación

- Administrar su plan de salud
- Ayudar con asuntos de salud y seguridad públicos
- Realizar investigación
- Cumplir con la ley
- Responder a solicitudes de donación de órganos y tejido y trabajar con un médico forense o director fúnebre
- Atender solicitudes de compensación de trabajadores, fuerzas del orden público y otras solicitudes del gobierno
- Responder a demandas y procesos jurídicos

Sus derechos

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

Obtener una copia de los registros de salud y reclamaciones

- Puede solicitar ver u obtener una copia de sus registros de salud y reclamaciones y otra información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de sus registros de salud y reclamaciones, generalmente en un plazo de 30 días contados a partir de su solicitud. Podríamos cobrar una cuota razonable basada en los costos.

Solicitarnos que corriamos sus registros de salud y reclamaciones

- Puede solicitarnos que corriamos sus registros de salud y reclamaciones si considera que están incorrectos o incompletos. Pregúntenos como hacerlo.
- Podríamos decir “no” a su solicitud, pero le diremos por qué por escrito, generalmente dentro de un plazo de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de manera específica (por ejemplo, usando el teléfono de su hogar u oficina) o que le enviemos el correo a otra dirección.
- Consideraremos todas las solicitudes razonables y debemos decir que “sí” si nos dice que, si no accedemos, usted estaría en peligro.

Solicitarnos que limitemos lo que usamos o compartimos

- Puede solicitarnos que no usemos ni compartamos cierta información de salud para el tratamiento, el pago o nuestras operaciones.
- No se nos requiere que estemos de acuerdo con su solicitud.

Obtener una lista de aquéllos con quienes hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (rendición de cuentas) de las veces que hemos compartido su información de salud de hasta de los seis años anteriores a la fecha en que la solicita, con quién la hemos compartido y por qué.
- Incluiremos todas las revelaciones a excepción de las que sean sobre el tratamiento, el pago y las operaciones de atención de la salud y ciertas otras revelaciones (como cualquiera que usted nos haya pedido que hiciéramos). Le proporcionaremos una lista de rendición de cuentas al año gratuitamente, pero le cobraremos un cargo razonable basado en los costos si nos solicita otra antes de que transcurran 12 meses.

Obtener una copia de este aviso de privacidad

Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si accedió a recibir el aviso electrónicamente. Le proporcionaremos una copia impresa sin demora.

Avisos importantes Continuación

Elegir a alguien para que actúe en representación suya

- Si le dio a alguien el poder médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
- Nos aseguraremos que esa persona tenga esta autoridad y que pueda actuar en representación suya antes de tomar cualquier medida.

Presentar una queja si considera que sus derechos se quebrantaron

- Si considera que violamos sus derechos, puede quejarse comunicándose con nosotros usando la información que aparece al final de este aviso.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos escribiendo a U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
- No tomaremos represalias en su contra por presentar una queja.

Sus opciones

En el caso de cierta información de la salud, usted puede informarnos sus preferencias sobre lo que compartimos. Si tiene una preferencia definida sobre cómo compartimos su información en las situaciones descritas abajo, infórmenoslo. Díganos lo que quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de decirnos que:

- Compartamos la información con su familia, amistades cercanas u otros que participan en el pago de su atención.
- Compartamos la información en una situación de alivio en caso de desastre.
Si no pudiera informarnos su preferencia, como si, por ejemplo, llegara a estar inconsciente, podríamos compartir su información si consideramos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.
- En estos casos nunca compartimos su información a menos que nos dé permiso por escrito:
Con fines de mercadotecnia
Venta de su información

Nuestros usos y revelaciones

¿Cómo usamos o compartimos su información de salud típicamente?

Típicamente usamos o compartimos su información de salud de las formas siguientes.

Al ayudar a administrar el tratamiento de atención de la salud que recibe

Podemos usar su información de la salud y compartirla con los profesionales que le estén tratando.

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

Al pagar sus servicios de salud

Podemos usar y revelar su información de salud al pagar por sus servicios de salud.

Ejemplo: Cuando compartimos información sobre usted con su plan dental para coordinar el pago de su trabajo dental.

Avisos importantes Continuación

Al administrar su plan

Podemos revelar su información de salud al patrocinador de su plan de salud para la administración del plan. *Ejemplo: Su compañía celebra un contrato con nosotros para proporcionar un plan de salud y nosotros le proporcionamos a su compañía ciertas estadísticas que justifiquen las primas que cobramos.*

Al operar nuestra organización

- Podemos usar y revelar su información para dirigir nuestra organización y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

¿De qué otra forma podemos usar o compartir su información de salud?

Se nos permite o requiere compartir su información de otras formas, generalmente en formas que contribuyen al bien público, como la salud e investigación públicas. Tenemos que cumplir con muchas condiciones de la ley antes de poder compartir su información con estos fines. Para obtener más información, consulte: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Al ayudar con asuntos de salud y seguridad públicas

Podemos compartir información de salud sobre usted en ciertas situaciones, como:

- Para prevenir una enfermedad
- Para ayudar con la retirada del mercado de productos
- Para reportar reacciones adversas de medicamentos
- Para reportar la sospecha de abuso, abandono o violencia doméstica
- Para prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o seguridad de cualquier persona

Al realizar investigaciones

Podemos usar o compartir su información con fines de investigación de temas de salud.

Al cumplir con la ley

Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, lo cual incluye al Departamento de Salud y Servicios Humanos en caso de que quiera determinar si estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

Al responder a solicitudes de donación de órganos y tejido y al trabajar con un médico forense o director fúnebre

- Podemos compartir información de salud sobre usted con organizaciones de obtención de órganos.
- Podemos compartir información de salud con un médico forense, examinador médico o director fúnebre cuando una persona fallece.

Al atender solicitudes de compensación de trabajadores, fuerzas del orden público y otras solicitudes del gobierno

Podemos usar o compartir información de salud sobre usted:

- Para las reclamaciones de compensación de trabajadores.
- Para fines de orden público o con un funcionario del orden público.
- Con agencias de vigilancia de la salud para actividades que la ley autoriza.
- Para funciones gubernamentales especiales, como fuerzas armadas, seguridad nacional y servicios de protección presidencial.

Al responder a demandas y procesos jurídicos

Podemos compartir información sobre usted como respuesta a una orden administrativa o judicial o como respuesta a un citatorio.

Avisos importantes Continuación

Nuestras responsabilidades

- La ley nos requiere que mantengamos la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- Le informaremos sin demora si ocurrió una violación que haya podido poner en peligro la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos desempeñar los deberes y las prácticas de seguridad descritas en este aviso y darle una copia del mismo.
- No usaremos o compartiremos su información aparte de como se describe aquí a menos que nos informe por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que sí podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Infórmenos por escrito si cambia de opinión.

Cambios a los términos de este Aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso y dichos cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El aviso nuevo se le brindará previa solicitud y estará disponible en nuestro sitio de Internet (si corresponde) y le enviaremos por correo postal una copia.

Otras instrucciones para el Aviso

- 1^{er} de enero de 2026
- Attn: Sr. Human Resources Manager, 336.434.8147

Avisos importantes Continuación

Aviso Importante de Hafele America Co. Sobre su Cobertura para Recetas Médicas y Medicare

Por favor lea este aviso cuidadosamente y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual para recetas médicas con [Inserte el Nombre de la Entidad] y sus opciones bajo la cobertura de Medicare para medicamentos recetados. Además, le menciona dónde encontrar más información que le ayude a tomar decisiones sobre su cobertura para medicinas. Si usted está considerando inscribirse, debe comparar su cobertura actual, incluyendo los medicamentos que están cubiertos a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicinas recetadas en su área. Información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados se encuentra al final de este aviso.

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

1. La nueva cobertura de Medicare para recetas médicas está disponible desde el 2006 para todas las personas con Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan de Medicare para Recetas Médicas, o un Plan Medicare Advantage (como un PPO o HMO) que ofrece cobertura para medicamentos recetados. Todos los planes de Medicare para recetas médicas proporcionan por lo menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Además, algunos planes pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
2. Hafele America Co. ha determinado que la cobertura para recetas médicas ofrecida por el Hafele America Co. en promedio se espera que pague tanto como lo hará la cobertura estándar de Medicare para recetas médicas para todos los participantes del plan y por lo tanto es considerada Cobertura Acreditable. Debido a que su cobertura actual es Acreditable, usted puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una penalidad), si más tarde decide inscribirse en un plan de Medicare.

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

Usted puede inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos la primera vez que es elegible para Medicare y cada año del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Sin embargo, si pierde su cobertura actual acreditable, y no es su culpa, usted será elegible para dos (2) meses en el Período de Inscripción Especial (SEP) para subscribirse en un Plan Medicare de medicinas.

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

Si decide inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos recetados, su cobertura actual con [Inserte el Nombre de la Entidad] puede [o no puede] ser afectada.

[La Entidad que proporciona este aviso de divulgación debe insertar una explicación sobre las provisiones y opciones, bajo el plan de la entidad en particular, que tienen disponibles los individuos con Medicare cuando son elegibles a la Parte D de Medicare (ejemplo, ellos pueden quedarse con la cobertura del plan si escogen la Parte D y este plan coordinará la cobertura con la Parte D de Medicare. La cobertura bajo el plan de la entidad terminará para el individuo y sus dependientes si escogen la cobertura con la Parte D de Medicare). Vea las páginas 7-9 de la Guía CMS "Aviso de Divulgación de la Cobertura Acreditable para los individuos elegibles a la Parte D de Medicare" (disponible por Internet en <http://www.cms.hhs.gov/CreditableCoverage/>, que explica las opciones y provisiones que tienen disponibles bajo el plan de la entidad para los beneficiarios cuando son elegibles a la Parte D.)]

Si cancela su cobertura actual con [Inserte el Nombre de la Entidad] y se inscribe en un plan de Medicare para recetas médicas, puede ser que más adelante ni usted ni sus dependientes puedan [Aseguradores de Medigap deben sustituir "puedan" con "no puedan"] obtener su cobertura de nuevo.

Avisos importantes Continuación

¿Cuándo usted pagará una prima más alta (penalidad) para inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos?

Usted debe saber también que si cancela o pierde su cobertura actual con [Inserte el Nombre de la Entidad] y deja de inscribirse en una cobertura de Medicare para recetas médicas después de que su cobertura actual termine, podría pagar más (una penalidad) por inscribirse más tarde en una cobertura de Medicare para recetas médicas.

Si usted lleva 63 días o más sin cobertura acreditable para recetas médicas que sea por lo menos tan buena como la cobertura de Medicare para recetas médicas, su prima mensual aumentará por lo menos un 1% al mes por cada mes que usted no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si usted lleva diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima siempre será por lo menos 19% más alta de lo que la mayoría de la gente paga. Usted tendrá que pagar esta prima más alta (penalidad) mientras tenga la cobertura de Medicare. Además, usted tendrá que esperar hasta el siguiente mes de octubre para inscribirse.

Para más información sobre este aviso o su cobertura actual para recetas médicas...

Llame a nuestra oficina para más información [o llame [Inserte Contacto Alternativo] al [(XXX) XXX-XXXX]. NOTA: Usted recibirá este aviso cada año. Recibirá el aviso antes del próximo período en el cual usted puede inscribirse en la cobertura de Medicare para recetas médicas, y en caso de que esta cobertura con [Inserte el Nombre de la Entidad] cambie. Además, usted puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para más información sobre sus opciones bajo la cobertura de Medicare para recetas médicas...

Revise el manual "Medicare y Usted" para información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura para recetas médicas. Medicare le enviará por correo un ejemplar del manual. Tal vez los planes de Medicare para recetas médicas le llamen directamente.

Asimismo, usted puede obtener más información sobre los planes de Medicare para recetas médicas de los siguientes lugares:

- Visite www.medicare.gov por Internet para obtener ayuda personalizada,
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte su manual Medicare y Usted para obtener los números telefónicos)
- Llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

Para las personas con ingresos y recursos limitados, hay ayuda adicional que paga por un plan de Medicare para recetas médicas. El Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) tiene disponible información sobre esta ayuda adicional. Para más información sobre esta ayuda adicional, visite la SSA en línea en www.socialsecurity.gov por Internet, o llámeles al 1-800-772-1213 (Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-800-325-0778).

Recuerde: Guarde este aviso. Si se inscribe en uno de los nuevos planes aprobados por Medicare que ofrece cobertura de medicamentos recetados, tal vez necesite dar una copia de este aviso cuando se inscriba a fin de demostrar si mantiene o no una cobertura acreditable y si debe pagar una prima más alta (una penalidad).

Fecha:	1 ^{er} de enero de 2026
Nombre de la Entidad/Remitente:	Hafele America Co.
Contacto – Puesto/Oficina:	Sr. Human Resources Manager
Dirección:	3901 Cheyenne Drive, High Point, NC 27263
Número de Teléfono:	336-434-8147

Avisos importantes Continuación

Asistencia con las primas bajo Medicaid y el Programa de Seguro de Salud para Menores (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para cobertura médica de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia con las primas que puede ayudar a pagar por la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, usted no será elegible para estos programas de asistencia con las primas, pero es probable que pueda comprar cobertura de seguro individual a través del mercado de seguros médicos. Para obtener más información, visite www.cuidadodesalud.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y usted vive en uno de los estados enumerados a continuación, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para saber si hay asistencia con primas disponible.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y usted cree que usted o cualquiera de sus dependientes puede ser elegible para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado, llame al **1-877-KIDS NOW** o visite espanol.insurekidsnow.gov/ para información sobre como presentar su solicitud. Si usted es elegible, pregunte a su estado si tiene un programa que pueda ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para asistencia con primas bajo Medicaid o CHIP, y también son elegibles bajo el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan de su empleador, si usted aún no está inscrito. Esto se llama oportunidad de "inscripción especial", y **usted debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días de haberse determinado que usted es elegible para la asistencia con las primas**. Si tiene preguntas sobre la inscripción en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento del Trabajo electrónicamente a través de www.askebsa.dol.gov o llame al servicio telefónico gratuito **1-866-444-EBSA (3272)**.

Si usted vive en uno de los siguientes estados, tal vez sea elegible para asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente es una lista de estados actualizada al 31 de julio de 2023. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad -

ALABAMA – Medicaid	ALASKA – Medicaid
Sitio web: http://myalhipp.com Teléfono: 1-855-692-5447	El Programa de Pago de AK primas del seguro médico Sitio web: http://myakhipp.com Teléfono: 1-866-251-4861 Por correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad de Medicaid: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx
ARKANSAS – Medicaid	CALIFORNIA – Medicaid
Sitio web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Sitio web: http://dhcs.ca.gov/hipp Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Por correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov

Avisos importantes continuación

<p>COLORADO – Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)</p>	<p>FLORIDA – Medicaid</p>
<p>Sitio web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/es Centro de atención al cliente de Health First Colorado: 1-800-221-3943/ retransmisor del estado: 711 CHP+: https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus Atención al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/retransmisor del estado: 711 Programa de compra de seguro de salud (HIBI, por sus siglas en inglés): https://www.mycohibi.com/ Atención al cliente de HIBI: 1-855-692-6442</p>	<p>Sitio web: https://www.flmedicaidtprecovery.com/flmedicaidtprecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268</p>
<p>GEORGIA – Medicaid</p>	<p>INDIANA – Medicaid</p>
<p>Sitio web de GA HIPP: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162, Presiona 1 Sitio web de GA CHIPRA: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Teléfono: 678-564-1162, Presiona 2</p>	<p>Healthy Indiana Plan para adultos de bajos ingresos 19-64 Sitio web: http://www.in.gov/fssa/hip/ Teléfono: 1-877-438-4479 Todos los demás Medicaid Sitio web: https://www.in.gov/medicaid/ Teléfono: 1-800-457-4584</p>
<p>IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)</p>	<p>KANSAS – Medicaid</p>
<p>Sitio web de Medicaid: https://dhs.iowa.gov/ime/members Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366 Sitio web de Hawki: http://dhs.iowa.gov/Hawki Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563 Sitio web de HIPP: https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp Teléfono de HIPAA: 1-888-346-9562</p>	<p>Sitio web: https://www.kancare.ks.gov/ Teléfono: 1-800-792-4884 Teléfono de HIPP: 1-800-967-4660</p>
<p>KENTUCKY - Medicaid</p>	<p>LOUISIANA – Medicaid</p>
<p>Sitio web del Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP): https://www.chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Teléfono: 1-855-459-6328 Por correo electrónico: KIHIP.PROGRAM@ky.gov Sitio web de KCHIP: https://kidshealth.ky.gov/es/Pages/default.aspx Teléfono: 1-877-524-4718 Sitio web de Medicaid de Kentucky: https://chfs.ky.gov/agencies/dms</p>	<p>Sitio web: www.medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)</p>
<p>MAINE – Medicaid</p>	<p>MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP</p>
<p>Sitio web por inscripción: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Maine relay 711 Página web por primos de seguro de salud privado: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-977-6740</p>	<p>Sitio web: https://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840 TTY: 711</p>

Avisos importantes continuación

<p>MINNESOTA – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp Teléfono: 1-800-657-3739</p>	<p>MISSOURI – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005</p>
<p>MONTANA – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084 Por correo electrónico: HSHIPPProgram@mt.gov</p>	<p>NEBRASKA – Medicaid</p> <p>Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178</p>
<p>NEVADA – Medicaid</p> <p>Sitio web de Medicaid: http://dhcfnv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900</p>	<p>NUEVO HAMPSHIRE – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Teléfono: 603-271-5218 Teléfono gratuito para el programa de HIPP: 1-800-852-3345, ext. 5218</p>
<p>NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Teléfono de Medicaid: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710</p>	<p>NUEVA YORK – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831</p>
<p>CAROLINA DEL NORTE – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov Teléfono: 919-855-4100</p>	<p>DAKOTA DEL NORTE – Medicaid</p> <p>Sitio web: http://www.hhs.nd.gov/healthcare Teléfono: 1-844-854-4825</p>
<p>OKLAHOMA – Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono – 1-888-365-3742</p>	<p>OREGON – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://cuidadodesalud.oregon.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-800-699-9075</p>
<p>PENSILVANIA – Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web: https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Program.aspx Teléfono: 1-800-692-7462 Sitio web de CHIP: Children's Health Insurance Program (CHIP) (pa.gov) Teléfono de CHIP: 1-800-986-JIDS (5437)</p>	<p>RHODE ISLAND– Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 1-855-697-4347 o 401-462-0311 (Direct RIta Share Line)</p>
<p>CAROLINA DEL SUR – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820</p>	<p>DAKOTA DEL SUR – Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059</p>
<p>TEXAS – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.hhs.texas.gov/es/servicios/finanzas/programa-de-pago-de-las-primas-del-seguro-medico Teléfono: 1-800-440-0493</p>	<p>UTAH– Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web de Medicaid: https://medicaid.utah.gov/spanish-language Sitio web de CHIP: https://chip.health.utah.gov/espanol/ Teléfono: 1-877-543-7669</p>

Avisos importantes Continuación

VERMONT – Medicaid	VIRGINIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Department of Vermont Health Access Teléfono: 1-800-250-8427	Sitio web: https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs Teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924
WASHINGTON – Medicaid	WEST VIRGINIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: http://www.hca.wa.gov Teléfono: 1-800-562-3022	Sitio web: https://dhr.wv.gov/bms/ http://mywvhipp.com/ Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 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: 1-800-362-3002	Sitio web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Teléfono: 1-800-251-1269

Para saber si otros estados han agregado el programa de asistencia con primas desde el 31 de julio de 2023, o para obtener más información sobre derechos de inscripción especial, comuníquese con alguno de los siguientes:

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites

Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Ley Pública 104-13) (PRA, por sus siglas en inglés), no es obligatorio que ninguna persona responda a una recopilación de información, a menos que dicha recopilación tenga un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El Departamento advierte que una agencia federal no puede llevar a cabo ni patrocinar una recopilación de información, a menos que la OMB la apruebe en virtud de la ley PRA y esta tenga un número de control actualmente válido de la oficina mencionada. El público no tiene la obligación de responder a una recopilación de información, a menos que esta tenga un número de control actualmente válido de la OMB. Consulte la Sección 3507 del Título 44 del Código de Estados Unidos (USC). Además, sin perjuicio de ninguna otra disposición legal, ninguna persona quedará sujeta a sanciones por no cumplir con una recopilación de información, si dicha recopilación no tiene un número de control actualmente válido de la OMB. Consulte la Sección 3512 del Título 44 del Código de Estados Unidos (USC).

Se estima que el tiempo necesario para realizar esta recopilación de información es, en promedio, de aproximadamente siete minutos por persona. Se anima a los interesados a que envíen sus comentarios con respecto al tiempo estimado o a cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, como sugerencias para reducir este tiempo, a la dependencia correspondiente del Ministerio de Trabajo de EE. UU., a la siguiente dirección: U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, Office of Policy and Research, Attention: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210. También pueden enviar un correo electrónico a ebsa.opr@dol.gov y hacer referencia al número de control de la OMB 1210-0137.

Número de Control de OMB 1210-0137 (vence al 31 de enero de 2026)

Avisos importantes Continuación



Nuevas opciones de cobertura en el mercado de seguros médicos y su cobertura médica

Formulario aprobado
OMB N.º 1210-0149
(caduca el 30-6-2023)

PARTE A: Información general

Cuando entren en vigencia las partes clave de la ley de salud en el 2014, habrá una nueva forma de adquirir seguros médicos: a través del mercado de seguros médicos. A fin de ayudarlo mientras evalúa las opciones para usted y su familia, este aviso brinda información básica sobre el nuevo mercado y la cobertura médica basada en el empleo que brinda su empleador.

¿Qué es el mercado de seguros médicos?

El mercado está diseñado para ayudarlo a encontrar un seguro médico que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El mercado ofrece opciones de compra en un solo sitio, para buscar y comparar opciones de seguros médicos privados. También es posible que sea elegible para un nuevo tipo de crédito tributario que reduce su prima mensual de inmediato. El periodo de inscripción para la cobertura de seguro médico a través del mercado comienza en octubre del 2013 para la cobertura que comienza el 1.º de enero del 2014.

¿Puedo ahorrar dinero en las primas del seguro médico que ofrece el mercado?

Es posible que tenga la oportunidad de ahorrar dinero y reducir su prima mensual, pero solo si su empleador no ofrece cobertura médica u ofrece una cobertura que no cumple con determinadas normas. Los ahorros en la prima por la cual puede ser elegible dependen de los ingresos de su familia.

¿La cobertura médica del empleador afecta la elegibilidad para los ahorros en la prima a través del mercado?

Sí. Si su empleador brinda cobertura médica que cumple con determinadas normas, no será elegible para un crédito tributario a través del mercado y es posible que desee inscribirse en el plan de salud de su empleador.

No obstante, es posible que sea elegible para un crédito tributario que reduce la prima mensual o para una reducción en la cuota de los costos si su empleador no brinda cobertura o no brinda cobertura que cumple con determinadas normas. Si el costo del plan de su empleador que le brindaría cobertura a usted (y no, a los demás miembros de la familia) supera el 9.5 % del ingreso anual de su familia, o si la cobertura médica que brinda su empleador no cumple con la norma de “valor mínimo” establecida por la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act o ACA, por sus siglas en inglés), es posible que sea elegible para un crédito tributario.¹

Nota: Si adquiere un plan de salud a través del mercado en lugar de aceptar la cobertura médica que brinda su empleador, es posible que pierda las contribuciones (si las hay) que el empleador da para la cobertura médica que brinda. Además, las contribuciones del empleador (así como sus las contributions como empleado para la cobertura médica que brinda el empleador) a menudo se excluyen del ingreso sujeto impuesto federal y estatal. Los pagos para la cobertura médica a través del mercado se realizan después de impuestos.

¹Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con la “norma de valor mínimo” si la participación del plan en los costos totales de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costos.

Avisos importantes Continuación

¿Cómo puedo obtener más información?

Para obtener más información sobre la cobertura que brinda el empleador, consulte el resumen de la descripción del Plan o comuníquese con

PARTE B: Información sobre la cobertura médica que brinda su empleador

Esta sección incluye información sobre la cobertura médica que brinda su empleador. Si decide completar una solicitud de cobertura médica en el mercado, deberá brindar esta información. Esta información está enumerada de forma tal que coincida con la solicitud del Mercado

3. Nombre del empleador Hafele America Co.		4. Número de identificación del empleador (EIN, por sus siglas en inglés) 56-1952217	
5. Dirección del empleador 3901 Cheyenne Drive		6. Número de teléfono del empleador 336-434-8147	
7. Ciudad Archdale	8. Estado NC	9. Código postal 27263	
10. ¿Con quién podemos comunicarnos en relación con la cobertura médica del empleado en este empleo? Gary Davis			
11. Número de teléfono (si difiere del que figura arriba) 336-434-8108		12. Dirección de correo electrónico Gary.Davis@hafele.us	

A continuación, encontrará información básica sobre la cobertura médica que brinda este empleador:

- Como su empleador, ofrecemos un plan de salud para los siguientes:

Todos los empleados

Todos los empleados permanentes de tiempo completo que trabajen 30 horas semanales o más

Algunos empleados. Los empleados elegibles son los siguientes

- En cuanto a los dependientes

Sí ofrecemos cobertura médica. Los dependientes elegibles son los siguientes:

Los dependientes se definen como el cónyuge legal del empleado o un hijo o hija del empleado o del cónyuge del empleado. Un hijo o hija se define como un hijo o hija natural, un hijoastro o hijastra, un hijo o hija adoptados legalmente, un niño o niña puestos a cargo del empleado o del cónyuge del empleado para su adopción o acogida temporal, un niño o niña cuya tutela legal se ha otorgado al empleado o al cónyuge del empleado, o un hijo o hija para el que se exija cobertura de atención de la salud a través de una Orden Médica Calificada de Manutención de Menores u otra orden judicial o administrativa. Los hijos pueden estar cubiertos hasta los 26 años de edad. Los hijos incapacitados pueden estar cubiertos hasta más allá de los 26 años de edad. Puede exigirse una prueba de dicha incapacidad y de dependencia.

No ofrecemos cobertura médica

Si marca esta opción, esta cobertura médica cumple con la norma de valor mínimo. Asimismo, el costo de la cobertura se pretende que sea asequible para usted según los salarios de los empleados.

** Incluso si el objetivo de su empleador es brindarle cobertura asequible, es posible que sea elegible para obtener un descuento en la prima a través del mercado. El mercado utilizará el ingreso de su grupo familiar, junto con otros factores, para determinar si es elegible para recibir un descuento en la prima. Si, por ejemplo, sus salarios varían de una semana a la otra (tal vez es un empleado por hora o trabaja con comisiones), si fue contratado recientemente a mitad de año o si tiene otras pérdidas de ingreso, aún así es posible que reúna los requisitos para recibir un descuento en la prima.

Si decide adquirir cobertura a través del mercado, visite CuidadoDeSalud.gov para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo. Aquí encontrará la información del empleador que debe ingresar cuando visita

CuidadoDeSalud.gov para saber si puede obtener un crédito tributario para reducir las primas mensuales.

•Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con la "norma de valor mínimo" si la participación del plan en los costos totales de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costos (Artículo 36B(c)(2)(C)(ii) del Código Tributario de 1986).

Beneficios esenciales para la salud de Illinois

Nombre del empleador:	Hafele America Co.
Estado del sitio del empleador:	North Carolina
Nombre del emisor:	Blue Cross Blue Shield of NC
Nombre de comercialización del plan:	HSA, Core, Buy-Up, and Limited Medical Plans
Año del plan:	2026

Diez (10) categorías de Beneficios esenciales para la salud (Essential Health Benefit; EHB)

- Servicios a pacientes ambulatorios (la atención en consulta externa que obtiene sin que le hospitalicen).
- Servicios de emergencia.
- Hospitalización (como cirugía y estadías para pasar la noche).
- Servicios de laboratorio.
- Servicios para el trastorno de salud mental y consumo de sustancias (mental health and substance use disorder; MH/SUD), incluido el tratamiento de salud conductual (esto incluye terapia y psicoterapia).
- Servicios pediátricos, incluida la atención oral y de la vista (sin embargo, la cobertura de la vista y dental para adultos no es un beneficio esencial para la salud).
- Atención para el embarazo, la maternidad y de recién nacidos (tanto antes como después del nacimiento).
- Medicamentos de venta con receta.
- Servicios preventivos y de bienestar y de manejo de enfermedades crónicas.
- Servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación (servicios y dispositivos para ayudar a personas con lesiones, discapacidades o afecciones crónicas para ganar o recuperar las habilidades mentales y físicas).

Lista de Beneficios esenciales para la salud de Illinois de 2020-2026 (P.A. 102-0630)

¿Beneficio cubierto por el plan del empleador?

Artículo	Beneficio esencial para la salud	Categoría de beneficio esencial para la salud	Página y número de referencia	¿Beneficio cubierto por el plan del empleador?
1	Lesión accidental – Dental	Ambulatorio	Págs. 10 y 17	Sí
2	Inyecciones y pruebas para alergias	Ambulatorio	Pág. 11	Sí
3	Audífonos anclados en el hueso	Ambulatorio	Págs. 17 y 35	Sí
4	Equipo médico duradero	Ambulatorio	Pág. 13	Sí
5	Atención para personas desahuciadas (Hospicio)	Ambulatorio	Pág. 28	Sí
6	Tratamiento de la infertilidad (Fertilidad)	Ambulatorio	Págs. 23 - 24	Sí
7	Cuota de instalaciones de pacientes en consulta externa (por ejemplo, del Centro de cirugía ambulatoria)	Ambulatorio	Pág. 21	Sí
8	Servicios Médicos/Quirúrgicos de cirugía a pacientes en consulta externa (servicios a pacientes ambulatorios)	Ambulatorio	Págs. 15 - 16	Sí
9	Atención privada de enfermería	Ambulatorio	Págs. 17 y 34	Sí
10	Prótesis/Órtesis	Ambulatorio	Pág. 13	Sí
11	Esterilización (vasectomía en hombres)	Ambulatorio	Pág. 10	Sí
12	Trastorno de la articulación temporomandibular	Ambulatorio	Págs. 13 y 24	Sí

Beneficios esenciales para la salud de Illinois

Continuación

de Illinois de 2020-2026 (P.A. 102-0630)				¿Beneficio cubierto por el plan del empleador?
Artículo	Beneficio esencial para la salud	Categoría de beneficio esencial para la salud	Página y número de referencia	
13	Servicios de sala de emergencia (incluye emergencia MH/SUD)	Servicios de emergencia	Pág. 7	Sí
14	Transporte de emergencia/Ambulancia	Servicios de emergencia	Págs. 4 y 17	Sí
15	Cirugía bariátrica (Obesidad)	Hospitalización	Pág. 21	Sí
16	Reconstrucción de la mama después de la mastectomía	Hospitalización	Págs. 24 – 25	Sí
17	Cirugía reconstructiva	Hospitalización	Págs. 25 – 26 y 35	Sí
18	Servicios hospitalarios como paciente internado (por ejemplo, estadía en el hospital)	Hospitalización	Pág. 15	Sí
19	Centro de enfermería especializada	Hospitalización	Pág. 21	Sí
20	Trasplantes – Trasplantes de órganos humanos (incluido el transporte y alojamiento)	Hospitalización	Págs. 18 y 31	Sí
21	Servicios de diagnóstico	Servicios de laboratorio	Págs. 6 y 12	Sí
22	Agente intranasal de reversión de opioides en relación con opioides en medicamentos de venta con receta	Salud mental /Trastorno de consumo de sustancias	Pág. 32	Sí
23	Tratamiento de salud mental (conductual) (incluido el tratamiento como paciente internado)	Salud mental /Trastorno de consumo de sustancias	Págs. 8 -9, 21	Sí
24	Tratamiento para los opioides asistido con medicamentos (Opioid Medically Assisted Treatment; MAT)	Salud mental /Trastorno de consumo de sustancias	Pág. 21	Sí
25	Trastorno de consumo de sustancias (incluido el tratamiento como paciente internado)	Salud mental /Trastorno de consumo de sustancias	Págs. 9 y 21	Sí
26	Tele-psiquiatría	Salud mental /Trastorno de consumo de sustancias	Pág. 11	Sí
27	Medicamento tópico antiinflamatorio para dolor agudo y crónico	Salud mental /Trastorno de consumo de sustancias	Pág. 32	No
28	Atención dental pediátrica	Atención pediátrica oral y de la vista	Consulte el documento de pediatría dental “AllKids Pediatric Dental”	No
29	Cobertura de la vista pediátrica	Atención pediátrica oral y de la vista	Págs. 26 - 27	No
30	Servicios de maternidad	Atención para el embarazo, la maternidad y los recién nacidos	Págs. 8 y 22	Sí
31	Fármacos de venta con receta para pacientes en consulta externa	Medicamentos de venta con receta	Págs. 29 - 34	Sí
32	Exámenes y pruebas de detección de cáncer colorrectal	Servicios preventivos y de bienestar	Págs. 12 y 16	Sí
33	Anticonceptivos/Servicios de planificación familiar	Servicios preventivos y de bienestar	Págs. 13 y 16	Sí
34	Capacitación y educación para automanejo de la diabetes	Servicios preventivos y de bienestar	Págs. 11 y 35	Sí
35	Suministros de diabetes para el tratamiento de la diabetes	Servicios preventivos y de bienestar	Págs. 31 - 32	Sí

Beneficios esenciales para la salud de Illinois Continuación

Lista de Beneficios esenciales para la salud de Illinois de 2020-2026 (P.A. 102-0630)				¿Beneficio cubierto por el plan del empleador?
Artículo	Beneficio esencial para la salud	Categoría de beneficio esencial para la salud	Página y número de referencia	
36	Mamografía – Examen	Servicios preventivos y de bienestar	Págs. 12, 15, y 24	Sí
37	Osteoporosis – Mediciones de la masa ósea	Servicios preventivos y de bienestar	Págs. 12 y 16	Sí
38	Pruebas de Papanicolaou/Pruebas del antígeno específico; próstata/Prueba de vigilancia del cáncer de ovario	Servicios preventivos y de bienestar	Pág. 16	Sí
39	Servicios de atención preventiva	Servicios preventivos y de bienestar	Pág. 18	Sí
40	Esterilización (mujeres)	Servicios preventivos y de bienestar	Págs. 10 y 19	Sí
41	Manipulación quiropráctica y osteopática	Servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación	Págs. 12 - 13	Sí
42	Servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación	Servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación	Págs. 8, 9, 11, 12, 22 y 35	Sí

Nota especial: En virtud de la Ley pública 102-0104, con fecha de entrada en vigor del 22 de julio de 2021, todo Beneficio esencial para la salud incluido en la lista de arriba que sea apropiado clínicamente y necesario médicamente para suministrar servicios por telesalud debe cubrirse de la misma forma que cuando ese beneficio esencial para la salud se suministre en persona.

The logo for Häfele, featuring the word "HÄFELE" in a bold, sans-serif font. The letter "Ä" is red, while the other letters are grey. The logo is positioned in the center of the page, to the left of a large red and grey geometric graphic that occupies the right side of the page.

HÄFELE

Este documento es un breve resumen de los beneficios ofrecidos a partir del 01/01/2026 y no se considera "Evidencia de Cobertura". Consulte los documentos de la póliza/plan para obtener una descripción completa de los términos, coberturas, exclusiones, limitaciones y condiciones de cobertura. En caso de cualquier discrepancia entre esta información y los documentos de la póliza/plan, prevalecerán los documentos de la póliza/plan.

Häfele America Co. se reserva el derecho de cancelar, suspender, retirar o modificar los beneficios descritos en los documentos de la póliza/plan, total o parcialmente, en cualquier momento. Ninguna declaración en este o cualquier otro documento, y ninguna representación oral debe interpretarse como una renuncia a este derecho. Este resumen es propiedad confidencial de Häfele America Co.