

Beneficios Para Los Empleados

01 de septiembre 2026 a 31 de agosto 2027

Equipo de Apoyo de Beneficios

Teléfono:: 844-852-5769

Correo electrónico: waterfrontbenefits@sullicurt.com

7:30 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes (excepto días festivos)



Tabla de Contenidos

Bienvenido a sus beneficios	1
Médico	2
Dental	3
Visión	4
Plan de Jubilación 401(k)/Roth 401(k).....	4
Seguro de Vida y AD&D.....	5
Cuentas de Gastos Flexibles (FSA).....	5
Programa de Asistencia al Empleado (EAP).....	5
Extras de Aetna	6
Seguro Suplementario Aflac Voluntario	6
Seguro de Mascotas Voluntario	6
Programa de Ahorro UPC de Mascotas.....	6
2026-2027 Contribuciones por Nomina de Pago.....	7
Cómo Encontrar a un Proveedor En la Red	7
Avisos Importantes y Divulgaciones	8

Información de Contacto

Servicio al Cliente

Aetna	(888) 982-3862
Guardian	
Servicio al Cliente Dental	(800) 273-3330
Reclamos PPO Dental	(800) 541-7846
VSP Visión.....	(800) 877-7195
ComPsych EAP	(855) 239-0743
Beneficio de Colegiatura.....	(215) 839-0119
Fidelity	
401(k).....	(800) 343-3548
Roth IRA	(800) 835-5097
AFLAC	(800) 462-3522
United Pet Care	(888) 781-6622
Nationwide Pet Insurance	(888) 899-4874
RULA Mental Health Resource	(323) 205-7088
Health Equity	(866) 735-8195

Sitio Web/Correo Electrónico

Aetna	www.aetna.com
Guardian	www.guardiananytime.com
Guardian EAP	www.guidanceresources.com (Web ID: Guardian)
Fidelity	www.fidelity.com
Net Benefits	www.netbenefits.com
AFLAC	www.aflac.com
United Pet Care	www.unitedpetcare.com
Nationwide Pet Insurance	www.petinsurance.com
RULA	www.rula.com/waterfront
Health Equity	www.healthequity.com

Si usted (y/o sus dependientes) tienen Medicare o será elegible para Medicare en los próximos 12 meses, una ley Federal le da más opciones sobre su cobertura de medicamentos recetados. Por favor consulte la página 9 para más detalles.

Por favor, recuerde revisar la notificación “CHIP” en este folleto. Incluye información sobre cómo los empleados pueden contactar a su estado para comprobar si usted es elegible para recibir asistencia con las primas bajo “Medicaid” o el Programa de Seguro Médico para Niños (“CHIP”) y como aplicar para los programas.

Bienvenidos a sus Beneficios

The Waterfront Beach Resort se compromete a proporcionarle un programa integral, de alta calidad y programa de beneficios asequible para el empleado que se adapte a sus necesidades, y sirve como un componente integral de su paquete de compensación total. Diseñado para proporcionar flexibilidad, opciones y tranquilidad para elegir los planes y la cobertura que son perfectos para usted.

Elegibilidad e Inscripción

The Waterfront Beach Resort se complace en ofrecerle la oportunidad de inscribirse en nuestros planes de beneficios anualmente durante la inscripción abierta y al momento de la contratación. Antes de inscribirse, se le anima a hacer uso de este folleto de beneficios y lea cuidadosamente cada una de las descripciones del plan de beneficios. Las decisiones que tome se mantendrán en vigor hasta el próximo período de inscripción abierta.

¿Quién es elegible?

Todos los empleados regulares de tiempo completo que trabajan al menos treinta horas por semana son elegibles para participar en los planes de beneficios de The Waterfront Beach Resort. Para todos los nuevos empleados, la cobertura entrará en vigencia el primer día del mes siguiente a sesenta días de empleo. Usted debe estar activo en el trabajo para que su cobertura sea efectiva en su fecha de elegibilidad. Usted también puede inscribir a sus dependientes en los planes de The Waterfront Beach Resort.

Sus dependientes elegibles incluyen su cónyuge legal, su pareja de hecho registrada y los hijos a su cargo, ya sea natural, adoptado, hijastros, adoptivo, o aquellos para los cuales usted tiene la custodia legal por sentencia judicial hasta los 26 años.

Después de inscribirse

Después de inscribirse en los planes de beneficios de The Waterfront Beach Resort, no se puede cambiar sus elecciones hasta el próximo período de inscripción a los beneficios, a menos que haya un cambio en el estado de vida durante el año.

Sitio Web de Beneficios

Todos los documentos de inscripción están disponibles electrónicamente en: www.waterfrontresort.benefitsmap.com (nombre de Usuario: waterfrontresort, contraseña: benefits)

Equipo de Apoyo de Beneficios

¿Preguntas? ¿Necesita ayuda para decidir qué plan es el mejor para usted? El Equipo de Apoyo de Beneficios está contento de ayudarle a responder cualquier pregunta y brindarle orientación sobre las mejores ofertas de planes para usted y su familia! El Equipo de Apoyo de Beneficios está disponible de 7:30 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes (excepto días festivos). Representantes que hablan Español están disponibles.

Teléfono: 844-852-5769

Correo electrónico: waterfrontbenefits@sullicurt.com

Cambios en el estado de vida

Una vez matriculados, no se pueden hacer cambios de inscripción a menos que tenga un "cambio en el estado de vida" IRS-aprobados durante el año. Esto puede incluir:

- la adición de un dependiente por nacimiento, adopción o matrimonio;
- la pérdida de un dependiente por el divorcio o la muerte, o si su hijo llega a la edad máxima para la cobertura;
- un cambio en su situación laboral o de su cónyuge de tiempo completo a tiempo parcial, o viceversa;
- un cambio sustancial en la cobertura de beneficios o de su cónyuge

Usted debe ajustar sus elecciones de beneficios dentro de los 30 días del cambio calificado en su situación de vida. Es su responsabilidad ponerse en contacto con Recursos Humanos para solicitar un formulario de cambio tan pronto como usted tiene conocimiento de un evento.

Si un empleado o dependiente elegible pierde la cobertura bajo un plan estatal de Medicaid o el Plan de Seguro de Salud de un estado para Niños (CHIP), debido a una pérdida de la elegibilidad del empleado o un dependiente elegible de otra manera es elegible para asistencia con la prima financiada por el estado del plan de salud de grupo bajo un programa declarado Medicaid o el programa CHIP, el empleado debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días de la fecha de la cobertura se pierde o la fecha que el empleado o dependiente se determina que es elegible para recibir asistencia con la prima (según corresponda).

Seguro Médico

En la elección de su plan médico para el 2026-27, usted debe considerar lo siguiente: ¿Cuáles son sus gastos médicos previstos para el próximo año? ¿Cuánto va a tener que pagar por estos gastos en copagos? ¿Cuánto puede permitirse el lujo de pagar para el costo de la cobertura?

La tabla a continuación se desarrolló para poner de relieve las principales características de cada uno de nuestros planes de seguro médico y está pensado para ayudarle a tomar una decisión informada. Para obtener más información acerca de nuestros planes de seguro médico, por favor, vea la descripción del plan completo y el resumen de los beneficios y cobertura (SBC).

Salud Mental

Nos complace ofrecer Rula, un recurso de salud mental disponible para todos los empleados. Rula hace que sea fácil encontrar un terapeuta con licencia en la red con su seguro, que acepte nuevos clientes, y es un experto en el cuidado de sus necesidades únicas. Su red de más de 3000 terapeutas incluye personas de diversos orígenes y una amplia gama de especialidades. Cada terapeuta de Rula está debidamente acreditado con licencia y se ha sometido a una exhaustiva verificación de antecedentes y revisión clínica para garantizar que reciba el más alto nivel de atención. Registrarse es gratis. Para comenzar, vaya a www.rula.com/waterfront.

	Aetna AWH HMO	Aetna AVN HMO	Aetna Full HMO	Aetna OA Managed Choice POS	
Tipo de Servicio	En La Red Solamente	En La Red Solamente	En La Red Solamente	En La Red	Fuera De La Red
Deducible	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno	\$2,500 individual \$5,000 familia
Copago de Consulta Médica (Primario / Especialista)	\$15 / \$30 copago	\$20 / \$30 copago	\$15 / \$30 copago	\$20 / \$25 copago	30% después del deducible
Centro de Atención Urgente	\$35 copago	\$50 copago	\$35 copago	\$50 copago	30% después del deducible
Cuidado Preventivo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	30% después del deducible
Hospitalización	\$250 copago	\$500 copago	\$250 copago	\$250 por día durante los primeros 3 días; después cubierto al 100%	30% después del deducible
Cirugía Ambulatoria	\$100 copago	\$100 Facility / \$300 Hospital	\$100 copago	10%	30% después del deducible
Sala de Emergencia (omitido si admitido)	\$150 copago	\$300 copago	\$150 copago	\$250 copago	\$250 copago
Diagnóstico, rayos X y laboratorio	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	10%	30% después del deducible
Imágenes Complejas (MRI, PET, CT)	\$100 copago	\$100 copago	\$100 copago	10%	30% después del deducible
Quiropráctico/Acupuntura	\$15 copago / 20 visitas	\$15 copago / 20 visitas	\$15 copago / 20 visitas	\$25/ \$20 copago / 20 visitas	30% después del deducible
Desembolso máximo – Médico y Recetas	\$2,000 individual \$4,000 familia	\$2,000 individual \$4,000 familia	\$2,000 individual \$4,000 familia	\$2,500 individual \$5,000 familia	\$12,500 individual \$25,000 familia
Recetas médicas	(suministro 30-días)	(suministro 30-días)	(suministro 30-días)	(suministro 30-días)	
Genérico	\$10 copago	\$10 copago	\$10 copago	\$10 copago	
Marca de Formulario	\$30 copago	\$30 copago	\$30 copago	\$30 copago	No Cubierto
Marca no el Formulario	\$50 copago	\$50 copago	\$50 copago	\$50 copago	No Cubierto
Especializados	30% hasta \$250	30% hasta \$250	30% hasta \$250	30% hasta \$250	No Cubierto

VER DESCRIPCION DEL PLAN COMPLETO O RESUMEN DE BENEFICIOS Y COBERTURA (SBC) PAR OBTENER DETALLES COMPLETOS

Seguro Dental

The Waterfront Beach Resort ofrece dos programas de seguros distintos a través de Guardian. Después de considerar sus necesidades dentales para el próximo año y evaluar las redes de proveedores del plan DHMO y DPPO, usted puede determinar cuál es el plan que funciona mejor para usted mediante la revisión de los deducibles, copagos y servicios cubiertos por cada plan.

El Plan Dental DHMO proporciona atención dental a través de una red de dentistas. No hay deducibles, máximos del plan y formularios de reclamación. Usted debe seleccionar un dentista de atención primaria de la red de Guardian.

El Plan Dental DPPO cubre una amplia gama de servicios dentales. Usted tiene la libertad de elegir dentistas dentro de la red. También puede visitar un dentista fuera de la red, donde los servicios se basan en una cantidad razonable y habitual, y usted será responsable de cualquier cantidad, después de que el seguro haya pagado.

Guardian DHMO		
Tipo de Servicio	ADA	Copago
Máximo por Año Civil		N/A
Deducible por Año Civil		Ilimitado
Preventivo y Diagnóstico		
Rayos X	0270	Sin Cargo
Profilaxis (Limpieza)	1110	Sin Cargo
Restaurativo		
Amalgama—una superficie	2140	Sin Cargo
Coronas y Puentes		
Porcelana - fundida a metal	2750	\$190
Cirugía Oral		
Diente impactado - parcial óseo	7230	\$60
Periodoncia		
Alisado radicular - por cuadrante	4341	\$35
Gingivectomía - por cuadrante	4210	\$70
Endodoncia		
Terapia Conducto Radicular	3310	Anterior: \$75
Terapia Conducto Radicular	3330	Molar: \$150
Prostodoncia		
Dentadura - completa	5110	\$190
Ortodoncia		
Hijos (hasta edad de 18) Adultos		\$1,895 / \$2,195



Guardian DPPO		
Tipo de Servicio	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Máximo por Año Civil	\$1,500	\$1,000
Deducible del año calendario		
Individual		\$50
Familia		\$150
Deducible omitido para preventivo	Sí	Sí
Preventivo y Diagnóstico	100%	100% de UCR
Servicios Básicos	90%	80%
Servicios Mayores	60%	50%
Ortodoncia (adulto/hijo)	50%; \$1,000 máximo	

Traslado de Máximo

Permite que cada miembro traslade una parte no utilizada del máximo de año calendario en una cuenta máxima a traslado (MRA). Las MRA se utiliza para los años futuros en que los miembros pueden exceder el máximo normalmente asignado.

Para calificar, un miembro debe presentar al menos una reclamo durante el año que no supere los \$ 500. Consulte el contrato Guardian para más detalles.

Seguro de Visión

Guardian VSP Vision ofrece cuidado de la visión profesional y lentes y monturas de alta calidad a través de una amplia red de oftalmólogo, oftalmólogos y ópticos.

VSP Vision		
Frecuencia		
Examen / Lentes	Cada 12 Meses	
Aros	Cada 24 Meses	
	Proveedor VSP	Reembolso a Proveedor No-VSP
Copagos		
Examen	\$10 copago	Hasta \$39
Materiales	\$25 copago	Hasta \$64
Asignación de Montura	\$130 asignación después el 20% de descuento en el balance	Hasta \$46
Lentes	Cubierto	De \$23 a \$64
Lentes de Contacto		
Estándar	\$130 asignación	Hasta \$100
Medicamento	\$0 copago	Hasta \$210
Necesarios		

Plan de Jubilación 401(k)

Sea cual sea su etapa de vida, es importante prepararse para su futura seguridad financiera. Con el plan 401(k) de ahorros de jubilación Fidelity, The Waterfront Beach Resort ha establecido un programa de ventajas fiscales que le ayudará ahorrar para la jubilación. Éstos son algunos de los puntos destacados de nuestro plan 401(k).

- Usted reducirá sus impuestos actuales. Sus contribuciones se deducen de su cheque de pago antes de que se tomen los impuestos de su sueldo.
- Usted decide cuánto invertir. Usted puede ahorrar en una base antes de impuestos de 1% - 60% hasta \$24,500 por año en 2026. Si usted tiene más de 50 años, o se llega a 50 durante el año del plan, usted puede contribuir una cantidad adicional a su cuenta 401(k) en la provisión de puesta al día del plan.
- Las opciones de inversión para ayudar a manejar su dinero. Usted tiene la opción de una serie de fondos de inversión gestionados profesionalmente en el que invierten sus ahorros.

The Waterfront Beach Resort coincide con el 100% de tu primer 3% de las contribuciones y un 50% adicional en los próximos 2% de sus contribuciones. Todos los empleados son elegibles después de un total de 3 meses de empleo y que tengan por lo menos 21 años de edad.

Roth 401(k)

Nos complace ofrecer una función Roth 401(k) al Plan de Jubilación de RLM Associates, para que tenga otra opción sobre cómo ahorrar para su jubilación.

Con una función Roth 401(k), puede designar la totalidad o una parte de sus futuras contribuciones diferidas como contribuciones Roth. Las contribuciones 401(k) tradicionales se realizan antes de impuestos y no se incluyen en el ingreso tributable actual. Las contribuciones antes de impuestos y cualquier ganancia estarán sujetas a impuestos sobre la renta cuando se retiren. Por el contrario, las contribuciones Roth 401(k) se realizan después de impuestos y se incluyen en el ingreso tributable actual. Las ganancias están libres de impuestos si forman parte de una distribución calificada, una distribución que se toma al menos cinco años tributarios a partir del año de su primera contribución a su Roth 401(k) y después de haber cumplido 59½ años de edad, o quedar discapacitado o fallecido

Para obtener más información o para inscribirse o cambiar su monto diferido actual, inicie sesión en Fidelity NetBenefits® en www.netbenefits.com o llame a la Línea de Beneficios de Jubilación de Fidelity al 1-800-835-5097 de lunes a viernes (excepto los días festivos de la Bolsa de Valores de Nueva York), de 8:30 a.m. a 8 p. m., hora del Este, para hablar con un representante de Fidelity. Para ver cómo un pequeño aumento puede aumentar su potencial de crecimiento, visite NetBenefits y seleccione "Planning & Guidance Center" bajo la pestaña "Planning".



Seguro de Vida y AD&D

Seguro Básico de Vida Y AD&D

The Waterfront Beach Resort ofrece a los empleados de tiempo completo \$20,000 de seguro de vida a término básico y muerte accidental y desmembramiento (AD&D) a través de Guardian.

Nombramiento de su beneficiario: Usted puede nombrar a cualquier persona que usted desea como el beneficiario que recibirá su seguro en el caso de su muerte. Usted puede cambiar a su beneficiario con la frecuencia que desee durante el transcurso del año.

Seguro Voluntario de Vida

Seguro de Vida a término está disponible para usted y su familia. El costo de este seguro es pagado a través de convenientes deducciones de nómina.

Usted puede comprar en incrementos de \$ 25,000 hasta \$300,000 de cobertura para usted, con un 50% de su cantidad hasta \$150,000 para su cónyuge, y el 10% a \$10,000 para sus hijos dependientes. En la inscripción inicial están garantizados \$200,000 y su cónyuge \$25,000 sin evidencia de asegurabilidad (EOI). En inscripción abierta, Todas las cifras están sujetas a la aprobación y tendrá que presentar pruebas de asegurabilidad (cuestionario de salud).

Programa de Asistencia al Empleado (EAP)

El Programa de Asistencia al Empleado (EAP, por sus siglas en inglés) le ofrece a usted y a los miembros de su familia asistencia para equilibrar las demandas del trabajo y el hogar. El EAP proporciona acceso a recursos y soluciones a los problemas de la vida diaria, diseñados para mejorar su calidad de vida. Además del asesoramiento telefónico, hay disponibles hasta 3 consultas presenciales sin costo alguno para usted. Consulte los folletos del EAP en el sitio web de beneficios o visite guidanceresources.com para obtener más detalles.

- Consejería Familiar
- Referencias de Cuidado Infantil/
- Información sobre Comportamiento
- Consejería de Abuso a Sustancias
- Asesoría Legal / Financiera

ComPsych EAP

855-239-0743

guidanceresources.com (Web ID: Guardian)



Cuentas de Gastos Flexibles (FSA)

FSA de Cuidado de Salud

La FSA de Cuidado de Salud le permite usar dólares libres de impuestos para gastos de cuidado de salud elegibles que no están cubiertos por el seguro para usted, su cónyuge legal y sus dependientes elegibles. Puede depositar hasta el máximo anual del IRS para 2026 de \$3,400 en la FSA para el cuidado de la salud cada año. Tenga en cuenta que, con la FSA de Cuidado de Salud, es posible que se le permita reinvertir los fondos no utilizados para usarlos en el próximo año del plan hasta el máximo del IRS.

FSA de Cuidado de Dependientes

La FSA para el Cuidado de Dependientes le permite usar dólares libres de impuestos para pagar los costos de cuidado de niños y ancianos incurridos para que usted y su cónyuge puedan trabajar o asistir a la escuela a tiempo completo. El IRS permite una contribución máxima familiar de \$7,500 por año calendario a la FSA para el Cuidado de Dependientes. Si su cónyuge también participa en una FSA para el cuidado de dependientes, sus contribuciones combinadas no pueden ser superiores al máximo familiar. Si está casado y presenta declaraciones de impuestos por separado, la cantidad máxima que puede aportar es de \$3,750. Se aplican reglas especiales para determinar el ingreso de un cónyuge discapacitado, estudiante de tiempo completo o desempleado. Comuníquese con Health Equity o con su asesor fiscal para obtener más información.

Tenga en cuenta que, con la FSA para el Cuidado de Dependientes, tiene un período de gracia que le permite recibir un reembolso por los gastos que ocurren después de que finaliza el año del plan 2026-2027. Puede incurrir en gastos de cuidado de dependientes elegibles hasta el 15 de noviembre de 2027, siempre que presente todos los reclamos a más tardar el 30 de noviembre de 2027. Estos reclamos se facturarán contra el saldo de su cuenta de 2026-2027.

Extras de Aetna

AETNA TELADOC — Teladoc le da acceso a una atención de calidad a su alcance, a través de visitas telefónicas, de video o de aplicación móvil:

- Atención cotidiana diaria (gripe, sinusitis, dolor de garganta y más) disponible 24/7 con un copago de \$0
- Atención de salud mental con un terapeuta con un copago de \$0
- Cuidado dermatológico (eccema, acné, erupciones cutáneas y más) con un copago de \$0

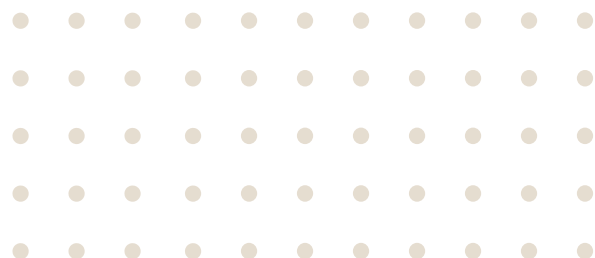
Configure su cuenta hoy mismo para que cuando necesite atención médica, un médico de Teladoc esté a solo una llamada o haga clic:

- En línea - Ir a teladoc.com/aetna
- Aplicación Móvil - Descargar la aplicación Teladoc
- Teléfono - Llamar al 855.Teladoc (835.2362)

AETNA HEALTH YOUR WAY ACHIEVE — La nueva plataforma unificada de bienestar de Aetna brindará a los miembros un acceso simplificado a través de la aplicación Aetna Health e incluirá recursos personalizados y holísticos para ayudarlo a alcanzar sus metas. Los miembros ganan "corazones" a través de la realización de diversas actividades que se pueden canjear por tarjetas de regalo electrónicas. Los miembros pueden ganar \$20 en tarjetas de regalo electrónicas por cada 2,000 corazones que ganen, hasta \$100 por miembro cubierto, incluidos empleado, cónyuge/pareja y dependientes mayores de 18 años, al completar actividades de bienestar. Revise su progreso y canjee tarjetas de regalo en el Centro de Recompensas. Algunas formas de ganar sus recompensas:

- Conozca sus riesgos: Evaluación de bienestar, exámenes preventivos, o control de salud mental.
- Manténgase activo: Actividad diaria verificada y desafíos semanales.
- Mejore su salud: Entrenamiento y logro de metas.

¿Listo para explorar Aetna Health Your Way Achieve hoy? Inicie sesión en Aetna.com o obtenga la aplicación Aetna Health.



Seguro Suplementario Aflac Voluntario (Empleado paga)

American Family Life Assurance Company of Columbus (Aflac) ofrece una amplia gama de productos suplementarios que le dan una medida adicional de protección financiera si se enferma o lesiona. Aflac paga beneficios en efectivo para ayudar a usted y su familia con gastos inesperados. Los beneficios son predeterminados y pagados, independientemente de cualquier otro seguro que usted pueda tener. Las opciones disponibles son las siguientes:

Accidente: Por un accidente cubierto, los asegurados de Aflac reciben beneficios en efectivo para su uso como mejor les parezca. Este plan ayuda a proporcionar un colchón financiero en caso de accidente. La cobertura es de 24 horas al día los 7 días a la semana.

Cáncer/Enfermedad Específica: Las pólizas de cáncer/enfermedad específica de Aflac están diseñadas para pagar las prestaciones en efectivo para ayudar con los gastos relacionados con el cáncer y para ayudar con gastos relacionados a la vida diaria.

Confinamiento Hospital: Ayuda con los gastos no cubiertos de hospitalización. También incluye visitas al médico. Esta póliza cubre cualquier enfermedad y lesión.

Seguro de Mascotas Voluntario (Empleado paga)

Seguro de salud para sus mascotas, proporcionado por Nationwide Pet Insurance. Opciones incluyen:

- Opción de plan para perros y gatos
- Opción de plan médico sólo para gatos
- Opción de plan sólo para lesiones para perros y gatos
- Plan médico para aves, conejos, reptiles, y otros animales exóticos
- Cobertura adicional de bienestar para agregar a cualquier póliza

Todos los planes incluyen un deducible, condiciones pre-existentes, y asegurable. Usted puede visitar cualquier veterinario que usted desee. Visite el sitio web de beneficios o www.petinsurance.com para obtener más información.

Programa de Ahorro UPC de Mascotas (Empleado paga)

United Pet Care (UPC), un programa de ahorro veterinario único para sus mascotas. Con UPC, se le garantiza reducir los altos costos veterinarios por un promedio del 20% al 50% en cada visita al veterinario. A diferencia de los seguros tradicionales - TODAS las mascotas son elegibles, sin importar la edad, condiciones pre-existentes o específicas de la raza! Para recibir el descuento, es necesario visitar un veterinario participante. Visite el sitio web de beneficios o www.unitedpetcare.com para obtener más información.

2026-2027 Contribuciones por Nomina de Pago

	Solo Empleado	Empleado + 1 Dependiente	Empleado + Familia
Aetna AWH HMO			
Tobacco Free*	\$83.35	\$195.10	\$272.85
Tobacco Use	\$97.19	\$208.95	\$286.69
Aetna AVN HMO			
Tobacco Free*	\$95.67	\$221.62	\$309.22
Tobacco Use	\$109.51	\$235.46	\$323.07
Aetna Full HMO			
Tobacco Free*	\$114.32	\$261.72	\$364.25
Tobacco Use	\$128.17	\$275.57	\$378.10
Aetna POS			
Tobacco Free*	\$173.59	\$389.17	\$539.11
Tobacco Use	\$187.44	\$403.02	\$552.96
Dental DHMO	\$1.95	\$3.59	\$5.35
Dental PPO	\$7.05	\$13.08	\$22.37
Vision PPO	\$3.89	\$5.90	\$10.38



DESCUENTO LIBRE DE TABACO

The Waterfront Beach Resort ofrece un crédito libre de tabaco de \$15 por cheque de pago hacia sus contribuciones médicas. Para recibir el crédito, debe estar libre de tabaco o un consumidor de tabaco que participa y completa un programa aprobado por la empresa para dejar el tabaco. También debe completar la Declaración Jurada del descuento de tabaco y volver a Recursos Humanos. Un consumidor de Tabaco se define como una persona que ha fumado o consumido algún producto de tabaco, como los cigarrillos (incluyendo, pero no limitado a los cigarrillos electrónicos o e-cigarrillos), cigarros, pipas, o productos de tabaco sin humo.

Recursos de Programa para dejar de Fumar

- www.aetna.com/health-guide/secrets-of-nonsmokers.html

Programa y Recursos del Gobierno Gratuitos

- 800-QUIT-NOW
- www.smokefree.gov

Importante: las contribuciones médicas, odontológicas y visión se deducen de su salario antes de impuestos a través del plan de la Sección 125. Si usted no desea que estas deducciones se tomen antes de impuestos, por favor comuníquese con Recursos Humanos. Contribuciones antes de impuestos pueden afectar sus beneficios del Seguro Social ya que estas deducciones no se cuentan al determinar los ingresos FICA, consulte con su asesor de impuestos.

También hay que tener en cuenta que permanecerán en vigor hasta la Inscripción Abierta para el año 2027 a menos que experimente un cambio calificado IRS en Estado civil. Si usted nota un cambio calificado IRS en cambio de estatus de vida tendrá un plazo de 30 días para solicitar el cambio. Por favor, asegúrese de ponerse en contacto con Recursos Humanos tan pronto como se dé cuenta del cambio.

Cómo Encontrar a un Proveedor En la Red

- Ir a www.aetna.com
- Haga clic en Buscar un médico
- En Invitados, elija Plan de un empleador
- Continúe como invitado e ingresa tu ubicación
- Bajo "Select a Plan", elija una de las siguientes opciones:
 - **AWH HMO:** desplácese hacia abajo hasta "Aetna Whole Health Plans" y seleccione "AWH Southern CA HMO"
 - **AVN HMO:** desplácese hacia abajo hasta "State Based Plans" y seleccione "Aetna Value Network HMO"
 - **Full HMO:** desplácese hacia abajo hasta "Aetna Standard Plans" y seleccione "HMO"
 - **PPO:** desplácese hacia abajo hasta "Aetna Open Access Plans" y seleccione "Managed Choice POS (Open Access)"

Encuentre lo que necesita por categoría

- Para PCP, haga clic en Médicos y especialista en medicina, luego haga clic en Todos los médicos de atención primaria
IMPORTANTE: utilice los 6 dígitos de la Identificación de Atención Primaria en su Formulario de inscripción de Aetna

Avisos Importantes y Divulgaciones

El Decreto de 1998 Sobre los Derechos de Salud y Cáncer de las Mujeres— Aviso Importante

En octubre de 1998, el Congreso promulgó un Decreto sobre los Derechos de Salud y de Cáncer de Mujeres. Este aviso explica algunas medidas importantes del Decreto. Por favor, revise esta información cuidadosamente.

Tal como se especifica en el Decreto de Derechos de Salud y de Cáncer de Mujeres, un participante o beneficiario del plan que elige la reconstrucción del seno en relación con una mastectomía también tiene derecho a los siguientes beneficios:

- La reconstrucción del seno en el que ha sido la mastectomía;
- La cirugía y reconstrucción del otro seno para obtener una apariencia simétrica ; y
- Prótesis y tratamiento de complicaciones físicas en todas las fases de la mastectomía , incluyendo linfedemas.

Los planes de salud deben determinar la forma de cobertura en consulta con el médico de cabecera y el paciente. La cobertura y los servicios relacionados a la reconstrucción del seno, pueden estar sujetos a deducibles y coseguros que son consistentes con los que se aplican a otros beneficios bajo el plan.

“HIPAA” Aviso de Privacidad—Importante Aviso acerca de Su Información de Salud

El Aviso de Prácticas de Privacidad “HIPAA” se aplica a la Información de Salud Protegida asociada con el Plan de Salud de Grupo que se provee a nuestros empleados, dependientes del empleado, y según corresponda, los empleados jubilados. El Aviso describe que The Waterfront Beach Resort puede utilizar y divulgar Información de Salud Protegida para llevar a cabo las operaciones de pago y atención médica y para otros propósitos que sean permitidos o requeridos por ley.

Estamos obligados por las normas de privacidad emitidas bajo el Decreto de Portabilidad y Contabilidad de 1996 (“HIPAA”) , para mantener la privacidad de la Información Protegida de Salud y proporcionar a las personas cubiertas bajo nuestro plan de salud de grupo con aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad acerca de la Información de Salud Protegida. Estamos obligados a cumplir con los términos del Aviso, siempre y cuando se mantenga en vigor. Nos reservamos el derecho a cambiar los términos de este Aviso según sea necesario y para hacer el nuevo Aviso efectivo para toda la Información de Salud Protegida mantenida por nosotros. Si hacemos cambios materiales en nuestras prácticas de privacidad, enviaremos por correo copias de los avisos de cambio a todos los asegurados luego cubiertos por el Plan de Salud de Grupo. Las copias de nuestro Aviso vigente se pueden obtener poniéndose en contacto con recursos humanos

Decreto de Protección de Salud de Madres y Recién Nacidos

Bajo la Ley Federal , los planes de salud de grupo y emisores de seguro de salud que ofrecen cobertura de seguros de salud de grupo por lo general no pueden limitar beneficios por el tiempo de estadía en hospitales en relación con el parto para la madre o el niño recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o menos de 96 horas después de un parto por cesárea. Sin embargo, el plan o el emisor puede pagar por una estadía más corta si el proveedor de asistencia (por ejemplo: su médico, partera, o asistente de médico), después de consultar con la madre, dar de alta antes a la madre o al recién nacido.

También, bajo la ley Federal, los planes y emisores no podrán establecer el nivel de beneficios o costos fuera de su bolsillo para que cualquier porción de la estadía después de las 48 horas (o 96 horas) se trata de una manera menos favorable para la madre o recién nacido que cualquier porción anterior de la estadía.

Además, un plan o emisor no podrá, bajo la ley federal, exigir que un médico u otro proveedor de cuidado de salud obtenga autorización para prescribir una estadía de hasta 48 horas (o 96 horas). Sin embargo, para utilizar ciertos proveedores o instalaciones, o para reducir sus costos fuera de su bolsillo, usted puede ser requerido para obtener precertificación. Para obtener información acerca de precertificación, póngase en contacto con el administrador del plan.

Divulgación de la Protección del Paciente

El plan de salud HMO de Aetna generalmente requiere/permite la designación de un proveedor de atención primaria. Usted tiene el derecho de designar a cualquier proveedor de atención primaria que participe en nuestra red y que está disponible de aceptarlo como paciente a usted y a los miembros de su familia. Hasta que haga esta designación, Aetna asignará uno para usted. Para información de cómo seleccionar un proveedor de atención primaria, y para una lista de los proveedor de atención primaria participantes, póngase en contacto con Aetna HMO al 800-445-5299.

Para niños, usted puede asignar un pediatra como el proveedor de atención primaria.

Usted no necesita autorización previa de Aetna o de ninguna otra persona (incluyendo un proveedor de atención primaria) para obtener acceso a la atención obstétrica o ginecológica de un profesional de la salud en nuestra red que se especializa en obstetricia o ginecología. Sin embargo, puede ser necesario que el profesional de salud cumpla con ciertos procedimientos, incluyendo el obtener una autorización previa para ciertos servicios, siguiendo un plan de tratamiento previamente aprobado, o procedimientos para hacer referencias. Para obtener una lista de profesionales de la salud participantes que se especializan en obstetricia y ginecología, póngase en contacto con Aetna HMO al 800-445-5299.

Decreto de Portabilidad Y Contabilidad de Seguros de Salud (HIPAA)

El Decreto de Portabilidad y Contabilidad de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés) limita las circunstancias bajo las cuales se puede excluir la cobertura para afecciones médicas presentes antes de inscribirse. Según la ley, la exclusión de una afección preexistente generalmente no se puede imponer por más de 12 meses (18 meses para un afiliado tardío). El período de exclusión de 12 meses (o 18 meses) debe reducirse por la cobertura de salud previa, siempre que no haya una interrupción en la cobertura igual o superior de 63 días. En otras palabras, se le otorgará crédito, en función de su cobertura previa, para satisfacer cualquier condición o exclusión preexistente aplicable impuesta por el plan.

Puede encontrar más información sobre la reforma de la atención médica en el sitio web de atención médica del gobierno federal, www.HealthCare.gov.

Sus derechos y protecciones contra facturas médicas sorpresa

Cuando usted recibe cuidados de emergencia o le atiende un proveedor médico que no pertenece a la red en un hospital o centro de cirugía ambulatoria de la red, usted está protegido contra facturas o facturaciones del saldo sorpresa.

¿Qué es «facturación del saldo» (en ocasiones llamada «facturación sorpresa»)?

Cuando le atiende un médico u otro proveedor médico, es posible que deba pagar ciertos costos mediante desembolso directo, como copagos, coaseguros o deducibles. Es posible que tenga otros gastos o tenga que pagar toda la factura si le atiende un proveedor o visita un centro médico que no pertenezca a su red de plan de salud.

El término «fuera de la red» se refiere a proveedores y centros médicos que no tienen contrato con su plan de salud. Los proveedores médicos fuera de la red pueden tener autorización para facturarle por la diferencia entre lo que su plan de salud acepta pagar y la cantidad total facturada por el servicio. A esto se le llama «facturación del saldo». Es muy probable que este importe sea superior a los costos dentro de la red por el mismo servicio y podría no considerarse para su límite anual de desembolso directo.

«La facturación sorpresa» es una factura inesperada del saldo. Esto puede suceder cuando usted no puede controlar quién participa en sus cuidados médicos; por ejemplo, cuando va a emergencias o programa una cita en un centro médico de la red, pero inesperadamente le atiende un proveedor médico que no pertenece a la red.

Usted está protegido contra la facturación del saldo para:

Servicios de emergencia - Si usted tuviera una emergencia médica y recibe los servicios de emergencia de un proveedor centro médico que no pertenece a la red, el importe máximo que puede facturarle ese proveedor o centro médico es el importe de costos compartidos de su plan de salud (como los copagos y coaseguros). A usted no le pueden facturar el saldo por estos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que usted pueda obtener después de que se encuentre en condición estable, excepto si usted da su consentimiento por escrito y renuncia a sus protecciones para que no le facturen el saldo por estos servicios post estabilización.

Algunos servicios en hospitales y centros de cirugía ambulatoria de la red - Cuando usted recibe servicios de un hospital o centro de cirugía ambulatoria de la red, es posible que haya proveedores médicos que no pertenezcan a la red. En estos casos, lo más que estos proveedores pueden facturarle es la cantidad de costos compartidos dentro de la red de su plan de salud. Esto aplica a la medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorios, neonatología, auxiliares de Cuando usted recibe cuidados de emergencia o le atiende un proveedor médico que no pertenece a la red en un hospital o centro de cirugía ambulatoria de la red, usted está protegido contra facturas o facturaciones del saldo sorpresa.

cirugía, medicina hospitalaria y servicios de terapia intensiva. Estos proveedores no pueden facturarle el saldo y no pueden pedirle renunciar a sus protecciones contra la facturación del saldo.

Si usted recibiera otros servicios en estos centros de la red, los proveedores que no pertenezcan a la red no pueden facturarle el saldo, excepto si usted da su consentimiento por escrito y renuncia a sus protecciones.

Usted nunca está obligado a renunciar a sus protecciones contra la facturación del saldo. Tampoco está obligado a recibir atención médica fuera de la red. Usted puede elegir un proveedor o centro médico de la red de su plan de salud.

Cuando no se permite la facturación del saldo, usted también cuenta con las siguientes protecciones:

- Usted es responsable solamente de pagar su parte de los costos (por ejemplo, los copagos, coaseguros y deducibles que pagaría a un proveedor o centro médico de la red). Su plan de salud pagará directamente a los proveedores y centros médicos fuera de la red.
- Por lo general, su plan de salud tiene que:
- Cubrir los servicios de emergencia sin exigirle obtener aprobación a priori para los servicios (autorización previa).
- Cubrir los servicios de emergencia prestados por proveedores médicos fuera de la red.
- Calcular lo que usted debe al proveedor o centro médico (costo compartido) en base a lo que usted pagaría a un proveedor o centro médico de la red y reflejar ese importe en la explicación de sus beneficios.
- Incluya cualquier importe que usted pague por los servicios de emergencia o por servicios fuera de la red a favor de su límite de deducible o pago por cuenta propia.

Si usted cree que le han facturado en forma incorrecta, puede ponerse en contacto con el Departamento de Servicios Humanos y de Salud federal llamando al 1-800-985-3059. Vaya en línea a www.cms.gov/nosurprises para obtener más información sobre sus derechos al amparo de la legislación federal.

Aviso de Medicare de Cobertura Acreditable

Aviso Importante De The Waterfront Beach Resort 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 The Waterfront Beach Resort y sus opciones bajo la cobertura de Medicare para medicamentos recetados. Esta información le puede ayudar a decidir si desea o no unirse al Plan de Medicamentos de Medicare. 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 Medicare 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 y la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

1. La 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. Algunos planes pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
2. The Waterfront Beach Resort ha determinado que la cobertura para recetas médicas ofrecida por el Plan Médico de Aetna, 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 Cobertura 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 de medicamentos.

¿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 suscribirse en un Plan Medicare de medicamentos.

¿Qué Sucede Con Su Cobertura Actual Si Usted Decide Inscribirse En Un Plan de Medicare De Medicamentos?

Si usted decide inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos, su cobertura actual con The Waterfront Beach Resort puede ser afectada.

Si usted decide inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos y cancela su cobertura actual a través de The Waterfront Beach Resort, puede ser que más adelante ni usted ni sus dependientes puedan obtener su cobertura de nuevo.

¿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 The Waterfront Beach Resort y no se inscribe en un plan de Medicare de medicamentos dentro de 63 días continuos después de que su cobertura actual termine, usted podría pagar primas más altas (penalidad) por inscribirse más tarde en un plan de Medicare de medicamentos.

Si usted lleva 63 días o más sin cobertura acreditable para recetas médicas, su prima mensual podría aumentar hasta por lo menos el 1% de la prima base de beneficiario de Medicare por 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 que la prima base de beneficiario de Medicare. Es posible que tenga que pagar esta prima más alta (penalidad) mientras tenga la cobertura de Medicare. Además, es posible que tenga que esperar hasta el siguiente mes de octubre para inscribirse.

Para Más Información Sobre Este Aviso O Su Cobertura Actual Para Recetas Médicas...

Contacte a la persona que se indica abajo para más información.

NOTA: Usted recibirá este aviso cada año. También lo recibirá antes del próximo período que usted pueda inscribirse un plan de medicamentos de

Medicare, y si esta cobertura a través de The Waterfront Beach Resort cambia. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para Más Información Sobre Sus Opciones Bajo Cobertura Medicare Para Recetas Médicas...

Información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos con receta se encuentran en el manual "Medicare & You". Usted recibirá una copia del manual de Medicare por correo cada año. También puede ser contactado directamente por los planes de medicamentos de Medicare.

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

- Visite www.medicare.gov
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (consulte su manual “Medicare & You” para obtener los números telefónicos) para obtener ayuda personalizada
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios “TTY” deberán llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene ingresos y recursos limitados, hay ayuda adicional para pagar la cobertura de Medicare para recetas médicas. Para más información sobre esta ayuda adicional, visite el Seguro Social en la “web” en www.socialsecurity.gov, o llame al 1-800-772-1213 (“TTY” 1-800-325-0778).

Recuerde: Guarde este aviso de Cobertura Acreditable. Si usted decide unirse a uno de los planes de medicamentos Medicare, usted puede ser requerido a proporcionar una copia de este aviso cuando se inscriba a fin de demostrar si mantiene o no una cobertura acreditable y, por lo tanto, si está o no obligado a pagar una prima más alta (una penalidad).

Address: 21100 Pacific Coast Highway
Huntington Beach, CA 92648
Phone: 714-845-8430 or 714-845-8449

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 2025. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad -

ALABAMA – Medicaid
Website: http://myalhipp.com/ Phone: 1-855-692-5447
ARKANSAS – Medicaid
Website: http://myarhipp.com/ Phone: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)
COLORADO – Health First Colorado (Colorado’s Medicaid Program) & Child Health Plan Plus (CHP+)
Health First Colorado Website: https://www.healthfirstcolorado.com/ Health First Colorado Member Contact Center: 1-800-221-3943/State Relay 711 CHP+: https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus CHP+ Customer Service: 1-800-359-1991/State Relay 711 Health Insurance Buy-In Program (HIBI): https://www.mycohibi.com/ HIBI Customer Service: 1-855-692-6442
ALASKA – Medicaid
The AK Health Insurance Premium Payment Program Website: http://myakhipp.com/ Phone: 1-866-251-4861 Email: CustomerService@MyAKHIPP.com Medicaid Eligibility: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx
CALIFORNIA – Medicaid
Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Website: http://dhcs.ca.gov/hipp Phone: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Email: hipp@dhcs.ca.gov
FLORIDA – Medicaid
Website: https://www.flmedicaidtplecovery.com/flmedicaidtplecovery.com/hipp/index.html Phone: 1-877-357-3268
GEORGIA – Medicaid
GA HIPP Website: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Phone: 678-564-1162, Press 1 GA CHIPRA Website: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Phone: 678-564-1162, Press 2
INDIANA – Medicaid
Health Insurance Premium Payment Program All other Medicaid Website: https://www.in.gov/medicaid/ http://www.in.gov/fssa/dfr/ Family and Social Services Administration Phone: 1-800-403-0864 Member Services Phone: 1-800-457-4584

IOWA – Medicaid and CHIP (Hawki)
Medicaid Website: Iowa Medicaid Health & Human Services Medicaid Phone: 1-800-338 8366 Hawki Website: Hawki - Healthy and Well Kids in Iowa Health & Human Services Hawki Phone: 1-800-257-8563 HIPP Website: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Health & Human Services (iowa.gov) HIPP Phone: 1-888-346-9562
KENTUCKY – Medicaid
Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP) Website: https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Phone: 1-855-459-6328 Email: KIHIPP.PROGRAM@ky.gov KCHIP Website: https://kynect.ky.gov Phone: 1-877-524-4718 Kentucky Medicaid Website: https://chfs.ky.gov/agencies/dms
KANSAS – Medicaid
Website: https://www.kancare.ks.gov/ Phone: 1-800-792-4884 HIPP Phone: 1-800-967-4660
LOUISIANA – Medicaid
Website: www.medicaid.la.gov or www.ldh.la.gov/la hipp Phone: 1-888-342-6207 (Medicaid hotline) or 1-855-618-5488 (LaHIPP)
MAINE – Medicaid
Enrollment Website: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US Phone: 1-800-442-6003 TTY: Maine relay 711 Private Health Insurance Premium Webpage: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Phone: 1-800-977-6740 TTY: Maine relay 711
MASSACHUSETTS – Medicaid and CHIP
Website: https://www.mass.gov/masshealth/pa Phone: 1-800-862-4840 TTY: 711 Email: masspreassistance@accenture.com
MINNESOTA – Medicaid
Website: https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/ Phone: 1-800-657-3672
MISSOURI – Medicaid
Website: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Phone: 573-751-2005
MONTANA – Medicaid
Website: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Phone: 1-800-694-3084 Email: HHSHIPProgram@mt.gov
NEBRASKA – Medicaid
Website: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Phone: 1-855-632-7633 / Lincoln: 402-473-7000 / Omaha: 402-595-1178
NEW JERSEY – Medicaid and CHIP
Medicaid Website: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Phone: 1-800-356-1561 CHIP Premium Assistance Phone: 609-631-2392 CHIP Website: http://www.njfamilycare.org/index.html CHIP Phone: 1-800-701-0710 (TTY: 711)
NORTH CAROLINA – Medicaid
Website: https://medicaid.ncdhhs.gov/ Phone: 919-855-4100
OKLAHOMA – Medicaid and CHIP
Website: http://www.insureoklahoma.org Phone: 1-888-365-3742
PENNSYLVANIA – Medicaid and CHIP
Website: https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html Phone: 1-800-692-7462 CHIP Website: Children's Health Insurance Program (CHIP) (pa.gov) CHIP Phone: 1-800-986-KIDS (5437)

SOUTH CAROLINA – Medicaid
Website: https://www.scdhhs.gov Phone: 1-888-549-0820
TEXAS – Medicaid
Website: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Texas Health and Human Services Phone: 1-800-440-0493
VERMONT– Medicaid
Website: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Department of Vermont Health Access Phone: 1-800-250-8427
WASHINGTON – Medicaid
Website: https://www.hca.wa.gov/ Phone: 1-800-562-3022
NEW HAMPSHIRE – Medicaid
Website: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Phone: 603-271-5218 Toll free number for the HIPP program: 1-800-852-3345, ext. 15218 Email: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov
NEW YORK – Medicaid
Website: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Phone: 1-800-541-2831
NORTH DAKOTA – Medicaid
Website: https://www.hhs.nd.gov/healthcare Phone: 1-844-854-4825
OREGON – Medicaid and CHIP
Website: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx Phone: 1-800-699-9075
RHODE ISLAND – Medicaid and CHIP
Website: http://www.eohhs.ri.gov/ Phone: 1-855-697-4347, or 401-462-0311 (Direct Rlte Share Line)
SOUTH DAKOTA - Medicaid
Website: http://dss.sd.gov Phone: 1-888-828-0059
UTAH – Medicaid and CHIP
Utah's Premium Partnership for Health Insurance (UPP) Website: https://medicaid.utah.gov/upp/ Email: upp@utah.gov Phone: 1-888-222-2542 Adult Expansion Website: https://medicaid.utah.gov/expansion/ Utah Medicaid Buyout Program Website: https://medicaid.utah.gov/buyout-program/ CHIP Website: https://chip.utah.gov/
VIRGINIA – Medicaid and CHIP
https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs Medicaid/CHIP Phone: 1-800-432-5924
WEST VIRGINIA – Medicaid and CHIP
Website: https://dhhr.wv.gov/bms/ http://mywvhipp.com/ Medicaid Phone: 304-558-1700 CHIP Toll-free phone: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)
WISCONSIN – Medicaid and CHIP
Website: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Phone: 1-800-362-3002
WYOMING – Medicaid
Website: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Phone: 1-800-251-1269

Este resumen presenta una visión general de sus opciones del plan de beneficios. Se presenta solo para fines informativos y no tiene como finalidad que se le considere como un acuerdo de continuidad del empleo, ni tampoco es un documento legal del plan. Si se presenta una discrepancia entre este resumen y los documentos del plan, regirán los documentos del plan. Además, los planes que se describen en este resumen están sujetos a cambios sin previo aviso. La continuación de cualquier plan de beneficios o cobertura se hace a discreción de la compañía y de conformidad con las leyes federales y estatales. Si necesita información adicional o tiene preguntas por favor contacte a Recursos Humanos de The Waterfront Beach Resort.

