



Avisos y divulgaciones anuales para empleados

Año de prestación: 2026



NOTA: Si usted (o sus dependientes) tienen Medicare o serán elegibles para Medicare en los próximos 12 meses, una ley federal les brinda más opciones sobre la cobertura de sus medicamentos recetados. Consulte el AVISO DE LA PARTE D DE MEDICARE en la página 13 de este paquete para obtener más detalles.

Este paquete contiene los avisos anuales obligatorios sobre beneficios para empleados. Estos avisos brindan información importante sobre sus derechos y protecciones conforme a las leyes federales y estatales relacionadas con su salud, jubilación y otros beneficios laborales.

Conserve este paquete junto con los documentos de su plan para sus registros y consúltelo según sea necesario a lo largo del año.

Índice de avisos	
Título del aviso o divulgación	Página
FMLA (Ley de Licencia Familiar y Médica)	3
USERRA (Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados)	4
Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA	6
Aviso de derechos de inscripción especial	10
Cobertura de continuación COBRA	11
Cobertura acreditable para medicamentos recetados de Medicare (Parte D)	14
Nueva cobertura del mercado de seguros de salud	16
Asistencia para el pago de primas bajo los programas Medicaid y de seguro médico infantil (CHIP)	19
WHCRA (Ley de Derechos de la Mujer en Materia de Salud y Cáncer)	23
Ley de No Discriminación por Información Genética	23
Ley de protección de la salud del recién nacido y de la madre	23
Ley de Paridad de Salud Mental y Equidad en el Tratamiento de Adicciones (MHPAEA)	24
Aviso sobre la protección del paciente	24
Facturación médica sorpresa	24

Si tiene alguna pregunta sobre el contacto o sobre cualquier aviso incluido en este paquete informativo, comuníquese con su Departamento de Recursos Humanos o con el Administrador del Plan.

¡Gracias por su dedicación a nuestra organización!

Servicios de perforación Yellow Jacket

Administrador del plan:

Servicios de perforación Yellow Jacket

3922 E University Dr. Ste. 1

Phoenix, AZ 85034

Raina Hansen

rhansen@yjdrilling.com | 602-453-3252

AVISO GENERAL SOBRE LA LEY DE LICENCIAS MÉDICAS Y DE LA VIDA (FMLA): SUS DERECHOS COMO EMPLEADO BAJO LA FMLA

¿Qué es la licencia FMLA?

La Ley de Licencia Familiar y Médica (FMLA, por sus siglas en inglés) es una ley federal que otorga a los empleados elegibles licencia con protección laboral por razones familiares y médicas justificadas. La División de Salarios y Horas (WHD, por sus siglas en inglés) del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos se encarga de hacer cumplir la FMLA para la mayoría de los empleados.

Los empleados que cumplan los requisitos pueden tomar hasta 12 semanas laborales de licencia FMLA en un período de 12 meses para:

- El nacimiento, la adopción o la acogida de un niño con usted,
- Su condición grave de salud mental o física que le impide trabajar,
- Para cuidar a su cónyuge, hijo o padre con una afección grave de salud mental o física, y
- Ciertos motivos justificados relacionados con el despliegue en el extranjero de su cónyuge, hijo o padre que sea miembro de las fuerzas armadas .

Un empleado elegible que sea cónyuge , hijo, padre o pariente más cercano de un miembro del servicio militar cubierto que tenga una lesión o enfermedad grave **puede tomar hasta 26 semanas laborales** de licencia bajo la Ley de Licencia Familiar y Médica (FMLA) en un solo período de 12 meses para cuidar al miembro del servicio militar.

Tiene derecho a usar la licencia FMLA en **un solo bloque de tiempo**. Cuando sea médicamente necesario o esté permitido, puede tomar la licencia FMLA **de forma intermitente en bloques de tiempo separados, o con un horario reducido** trabajando menos horas al día o a la semana. Consulte la Hoja Informativa n.º 28M(c) para obtener más información.

La licencia FMLA **no es una licencia remunerada** , pero usted puede optar por usar, o su empleador puede exigirle que use, cualquier licencia remunerada proporcionada por el empleador si la política de licencia remunerada de su empleador cubre el motivo por el cual necesita la licencia FMLA.

¿Tengo derecho a solicitar una licencia FMLA?

Usted es un empleado elegible si se cumplen todos los siguientes requisitos:

- Usted trabaja para un empleador cubierto,
- Has trabajado para tu empleador durante 12 meses,
- Usted tiene al menos 1.250 horas de servicio para su empleador durante los 12 meses anteriores a su partida, y
- Su empleador tiene al menos 50 empleados en un radio de 120 kilómetros (75 millas) de su lugar de trabajo.

Los miembros de la tripulación de vuelo de las aerolíneas tienen diferentes requisitos de "horas de servicio".

Usted trabaja para un **empleador cubierto** si se cumple **alguna** de las siguientes condiciones:

- Usted trabaja para un empleador privado que tuvo al menos 50 empleados durante al menos 20 semanas laborales en el año calendario actual o anterior,
- Usted trabaja para una escuela primaria o una escuela secundaria pública o privada, o
- Usted trabaja para una agencia pública, como una agencia gubernamental local, estatal o federal. La mayoría de los empleados federales están cubiertos por el Título II de la FMLA, administrada por la Oficina de Administración de Personal.

¿Cómo solicito una licencia FMLA?

En general, **para solicitar una licencia FMLA debe:**

- Siga las políticas habituales de su empleador para solicitar permisos,

- Avise con al menos 30 días de anticipación cuando necesite tomar una licencia FMLA, o
- Si no es posible avisar con antelación, hágalo lo antes posible.

No es necesario que compartas un diagnóstico médico, pero debes proporcionar suficiente información a tu empleador para que pueda determinar si la licencia cumple con los requisitos para la protección de la FMLA. También debes informar a tu empleador si ya tomaste o te aprobaron una licencia FMLA por el mismo motivo al solicitar una licencia adicional.

Su empleador puede solicitar un certificado de un proveedor de atención médica para verificar la licencia médica y puede solicitar un certificado de una circunstancia excepcional que justifique la baja.

La FMLA no afecta ninguna ley federal o estatal que prohíba la discriminación ni reemplaza ninguna ley estatal o local o convenio colectivo que otorgue mayores derechos de licencia familiar o médica.

Los empleados estatales pueden estar sujetos a ciertas limitaciones al interponer demandas directas relacionadas con permisos por problemas de salud graves. La mayoría de los empleados federales y algunos miembros del Congreso también están amparados por esta ley, pero están sujetos a la jurisdicción de la Oficina de Administración de Personal de los Estados Unidos o del Congreso.

¿Qué debe hacer mi empleador?

Si usted reúne los requisitos para acogerse a la licencia FMLA, su **empleador debe**:

- Le permite tomarse un tiempo libre del trabajo con protección del empleo por una razón que califique,
- Continúe con la cobertura de su plan de salud grupal mientras esté de baja en las mismas condiciones que si no hubiera tomado una baja, y
- Le permitirá regresar al mismo puesto de trabajo, o a uno prácticamente idéntico, con el mismo salario, beneficios y demás condiciones laborales, incluyendo turno y lugar de trabajo, al finalizar su licencia.

Su **empleador no puede interferir con sus derechos** bajo la Ley de Licencia Familiar y Médica (FMLA) ni amenazarlo o castigarlo por ejercerlos. Por ejemplo, su empleador no puede tomar represalias contra usted por solicitar una licencia bajo la FMLA o por cooperar con una investigación del Departamento de Trabajo y Empleo (WHD).

Una vez que se dé cuenta de que su necesidad de licencia se debe a un motivo que podría calificar bajo la FMLA, su **empleador debe confirmar si usted es elegible** o no para la licencia FMLA. Si su **empleador determina que usted es elegible, debe notificarle por escrito**:

- Acerca de sus derechos y responsabilidades según la FMLA, y
- ¿Qué porcentaje de la licencia solicitada, si corresponde, estará protegida por la Ley de Licencia Familiar y Médica (FMLA)?

¿Dónde puedo encontrar más información?

Llame al **1-866-487-9243** o visite **dol.gov/fmla** para obtener más información .

Si usted cree que se han violado sus derechos en virtud de la FMLA, puede presentar una queja ante la WHD o interponer una demanda privada contra su empleador ante los tribunales.

LEY DE DERECHOS DE EMPLEO Y REEMPLIO DE LOS SERVICIOS UNIFORMADOS (USERRA)

La USERRA protege los derechos laborales de las personas que abandonan voluntaria o involuntariamente sus puestos de trabajo para prestar servicio militar o ciertos tipos de servicio en el Sistema Nacional de Asistencia Médica para Desastres. La USERRA también prohíbe a los empleadores discriminar a los miembros actuales y anteriores de las fuerzas armadas, así como a los aspirantes a ingresar en ellas.

Derechos de reincorporación laboral

Usted tiene derecho a ser recontratado en su trabajo civil si deja ese trabajo para prestar servicio en las fuerzas armadas y:

- Asegúrese de que su empleador reciba un aviso previo por escrito o verbal de su incorporación;
- Usted tiene cinco años o menos de servicio acumulado en los servicios uniformados mientras estuvo con ese empleador en particular ;
- Usted regresa al trabajo o solicita la reincorporación laboral de manera oportuna después de la finalización del servicio; y
- Usted no ha sido separado del servicio con una baja que lo descalifique o en condiciones que no sean honorables.

Si usted reúne los requisitos para ser recontratado, deberá recuperar el puesto de trabajo y los beneficios que habría obtenido si no hubiera estado ausente debido al servicio militar o, en algunos casos, un puesto de trabajo comparable.

Derecho a no ser discriminado ni objeto de represalias.

Si usted:

- son miembros actuales o anteriores de las fuerzas armadas;
- han solicitado su ingreso en el servicio uniformado; o
- Si estás obligado a prestar servicio en las fuerzas armadas, entonces un empleador no puede negarte:
 - empleo inicial;
 - reinserción laboral;
 - retención en el empleo;
 - promoción; o
 - cualquier beneficio laboral derivado de esta condición.

Además, un empleador no puede tomar represalias contra nadie que ayude a hacer cumplir los derechos de USERRA, incluyendo testificar o hacer una declaración en relación con un procedimiento bajo USERRA, incluso si esa persona no tiene ninguna relación laboral con el empleador.

Protección de seguro médico

- Si dejas tu trabajo para prestar servicio militar, tienes derecho a optar por continuar con la cobertura del plan de salud que te ofrece tu empleador, tanto para ti como para tus dependientes, durante un máximo de 24 meses mientras estés en el ejército.
- Aunque usted no opte por continuar con la cobertura durante su servicio militar, tiene derecho a ser reincorporado al plan de salud de su empleador cuando vuelva a trabajar, generalmente sin períodos de espera ni exclusiones (por ejemplo, exclusiones por condiciones preexistentes), excepto en el caso de enfermedades o lesiones relacionadas con el servicio.

Aplicación

- El Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, a través del Servicio de Empleo y Capacitación para Veteranos (VETS, por sus siglas en inglés), está autorizado para investigar y resolver las quejas sobre violaciones de la USERRA.
- Para obtener ayuda para presentar una queja o para cualquier otra información sobre USERRA, comuníquese con VETS al 1-866-4-USA-DOL o visite su sitio web [en https://www.dol.gov/agencies/vets/](https://www.dol.gov/agencies/vets/). Puede consultar un asesor interactivo en línea sobre USERRA en <https://webapps.dol.gov/elaws/vets/userra>.

- Si usted presenta una queja ante VETS y VETS no puede resolverla, puede solicitar que su caso sea remitido al Departamento de Justicia o a la Oficina del Asesor Especial, según corresponda, para que le representen.
- También puede omitir el proceso VETS e interponer una demanda civil contra un empleador por violaciones de la USERRA.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Servicios de perforación Yellow Jacket
3922 E University Dr. Ste. 1
Phoenix, AZ 85034

Responsable de privacidad:

Raina Hansen
rhansen@yjdrilling.com | 602-453-3252

Tu información. Tus derechos. Nuestras responsabilidades.

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede acceder a ella.

Por favor, revíselo detenidamente.

Sus derechos

Usted tiene derecho a:

- Obtenga una copia de su historial médico y de reclamaciones.
- Corrija sus registros de salud y reclamaciones.
- Solicitar comunicación confidencial
- Pídenos que limitemos la información que compartimos.
- Obtén una lista de las personas con las que hemos compartido tu información.
- Obtenga una copia de este aviso de privacidad.
- Elige a alguien para que actúe en tu nombre.
- Presenta una queja si crees que se han violado tus derechos de privacidad.

Tus opciones

Usted tiene algunas opciones sobre la forma en que usamos y compartimos la información a medida que:

- Responde a las preguntas sobre cobertura que te hagan tus familiares y amigos.
- Proporcionar ayuda en caso de desastre
- Promocionamos nuestros servicios y vendemos su información.

Nuestros usos y divulgaciones

Podemos usar y compartir su información cuando:

- Ayuda a gestionar el tratamiento médico que recibe.
- Dirigir nuestra organización
- Pague sus servicios de salud
- Administra tu plan de salud
- Ayuda con cuestiones de salud y seguridad pública.
- Investiga
- Consentir con ley
- Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un médico forense o un director de funeraria.
- Atender solicitudes de compensación laboral, fuerzas del orden y otros organismos gubernamentales.

- Responder a demandas y acciones legales

En la medida en que tengamos sus registros de pacientes con trastornos por uso de sustancias, sujeto a 42 CFR parte 2, no compartiremos esa información para investigaciones o procedimientos legales en su contra sin (1) su consentimiento por escrito o (2) una orden judicial y una citación.

Sus derechos

En lo que respecta a su información de salud, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

Obtenga una copia de sus registros médicos y de reclamaciones.

- Puede solicitar ver u obtener una copia de su historial médico, registros de reclamaciones y demás información médica que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de su historial médico y de reclamaciones, generalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Es posible que cobremos una tarifa razonable basada en los costos.

Pídanos que corrijamos los registros de salud y reclamaciones.

- Puedes solicitar que corrijamos tus registros médicos y de reclamaciones si crees que son incorrectos o incompletos. Pregúntanos cómo hacerlo.
- Es posible que rechacemos su solicitud, pero le explicaremos los motivos por escrito en un plazo de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puedes solicitar que nos pongamos en contacto contigo de una manera específica (por ejemplo, por teléfono fijo o móvil) o que enviemos la correspondencia a una dirección diferente.
- Consideraremos todas las solicitudes razonables y debemos decir "sí" si nos dices que estarías en peligro si no lo hacemos.

Pídenos que limitemos lo que usamos o compartimos.

- Puedes solicitarnos que no utilicemos ni compartamos cierta información de salud para tu tratamiento, pago o para nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud y podríamos rechazarla, por ejemplo, si pudiera afectar su atención médica. Si aceptamos su solicitud, podríamos compartir esta información en caso de que necesite tratamiento de emergencia.

Obtén una lista de aquellos con quienes hemos compartido información.

- Puedes solicitar una lista (un registro) de las veces que hemos compartido tu información de salud durante los seis años anteriores a la fecha de tu solicitud, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las relativas al tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, así como otras divulgaciones específicas (como las que usted nos haya solicitado). Le proporcionaremos un informe contable anual gratuito, pero le cobraremos una tarifa razonable, basada en los costos, si solicita otro dentro de los 12 meses siguientes.

Obtenga una copia de este aviso de privacidad.

Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibirlo electrónicamente. Le enviaremos una copia impresa a la brevedad.

Elige a alguien para que actúe en tu nombre.

- Si alguien tiene autoridad para actuar como su representante personal, por ejemplo, si alguien tiene su poder notarial para asuntos médicos o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

Presenta una queja si consideras que se han violado tus derechos.

- Si considera que hemos vulnerado sus derechos, puede presentar una queja poniéndose en contacto con el administrador de su plan.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos enviando una carta a 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201, llamando al **1-877-696-6775** o visitando **<https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html>**.
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Tus opciones

Respecto a cierta información de salud, puede indicarnos sus preferencias sobre cómo la compartimos.

Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, comuníquese con nosotros. Díganos qué desea que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

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

- Comparta información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su atención médica.
- Compartir información en una situación de socorro en caso de desastre

Si no puede comunicarnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podríamos compartir su información si consideramos que es lo mejor para usted. También podríamos compartir su información cuando sea necesario para mitigar una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.

En estos casos, *nunca* compartiremos su información a menos que usted nos dé su permiso por escrito:

- Fines de marketing
- Venta de su información

Nuestros usos y divulgaciones

¿Cómo solemos usar o compartir su información de salud?

Normalmente utilizamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras.

Ayuda a gestionar el tratamiento médico que recibe.

Podemos utilizar su información de salud y compartirla con los profesionales que le están tratando.

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

Dirigir nuestra organización

- Podemos usar y compartir su información para gestionar nuestra organización y ponernos en contacto con usted cuando sea necesario.
- No tenemos permitido usar información genética para decidir si le brindaremos cobertura ni el precio de la misma. Esto no aplica a los planes de atención a largo plazo.

Ejemplo: Utilizamos su información de salud para desarrollar mejores servicios para usted.

Pague sus servicios de salud

Podemos usar y divulgar su información de salud a medida que pagamos por sus servicios de salud.

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

Administra tu plan

Podemos divulgar su información de salud al patrocinador de su plan de salud para la administración del plan.

Ejemplo: Su empresa contrata nuestros servicios para que le proporcionemos un plan de salud, y nosotros le proporcionamos a su empresa ciertas estadísticas para explicar las primas que cobramos.

¿De qué otras maneras podemos usar o compartir su información de salud?

Tenemos permiso u obligación de compartir su información de otras maneras, generalmente para fines que contribuyan al bien público, como la salud pública y la investigación. Debemos cumplir con muchas condiciones legales antes de poder compartir su información para estos fines. En todos los casos, si contamos con registros de pacientes con trastornos por consumo de sustancias, de conformidad con la Parte 2 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (42 CFR parte 2), no podemos usar ni compartir la información contenida en dichos registros en investigaciones o procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos en su contra sin (1) su consentimiento o (2) una orden judicial y una citación.

Ayuda con cuestiones de salud y seguridad pública.

Podemos compartir información sobre su salud en determinadas situaciones, como por ejemplo:

- Prevención de enfermedades
- Ayuda con la retirada de productos del mercado
- Notificación de reacciones adversas a los medicamentos
- Denunciar casos sospechosos de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona.

Investiga

Podemos utilizar o compartir su información para investigaciones en el ámbito de la salud.

Consentir con ley

Compartiremos información sobre usted si así lo exigen las leyes estatales o federales, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si este desea comprobar que cumplimos con la ley federal de privacidad.

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un médico forense o un director de funeraria.

- Podemos compartir información sobre su salud con organizaciones de donación de órganos.
- Podemos compartir información médica con el forense, el médico legista o el director de la funeraria cuando una persona fallece.

Atender solicitudes de compensación laboral, fuerzas del orden y otros organismos gubernamentales.

Podemos usar o compartir información sobre su salud:

- Para reclamaciones de indemnización laboral
- Para fines policiales o con un funcionario encargado de hacer cumplir la ley.

- Con organismos de supervisión sanitaria para las actividades autorizadas por ley.
- Para funciones gubernamentales especiales como las militares, de seguridad nacional y los servicios de protección presidencial.

Responder a demandas y acciones legales

Podemos compartir información sobre su salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación judicial.

Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y la seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produce alguna violación de seguridad que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos cumplir con las obligaciones y las prácticas de privacidad descritas en este aviso y proporcionarle una copia del mismo.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de forma distinta a la descrita en este aviso, a menos que nos autorice por escrito. Si nos autoriza, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Si cambia de opinión, infórmenos por escrito.

Para obtener más información, consulte:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html .

Cambios en los términos de este aviso

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

Otra información

Actualmente, no existen leyes estatales en Arizona que impongan límites más estrictos a la divulgación de información médica protegida que los exigidos por la ley federal. Cumplimos con todas las normativas de privacidad federales y estatales aplicables, incluida la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA). No vendemos ni utilizamos su información médica personal con fines de marketing sin su autorización, y mantenemos las medidas de seguridad adecuadas para proteger la privacidad y la seguridad de su información.

AVISO SOBRE DERECHOS ESPECIALES DE INSCRIPCIÓN

Si usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) rechazan la inscripción debido a que cuentan con otro seguro médico o plan de salud grupal, es posible que pueda inscribirse en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para dicha cobertura (o si el empleador deja de contribuir a la misma). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 31 días posteriores a la finalización de su cobertura o la de sus dependientes (o después de que el empleador deje de contribuir a la misma).

Si tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción, puede inscribirse usted y sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 31 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción.

Si usted o sus dependientes pierden la cobertura del Programa Estatal de Seguro Médico para Niños (CHIP) o de Medicaid, es posible que pueda inscribirse usted y sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la pérdida de la cobertura de CHIP o Medicaid.

Si usted o sus dependientes cumplen los requisitos para recibir asistencia para el pago de primas a través del programa estatal CHIP o Medicaid, es posible que pueda inscribirse junto con sus dependientes. Sin

embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la determinación de su elegibilidad para recibir asistencia para el pago de primas del programa estatal CHIP o Medicaid.

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

AVISO GENERAL SOBRE LOS DERECHOS DE CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA COBRA

****Derechos de continuación de la cobertura bajo COBRA****

(Para uso exclusivo de planes de salud grupales de un solo empleador)

Introducción

Recibe este aviso porque recientemente obtuvo cobertura bajo un plan de salud grupal (el Plan). Este aviso contiene información importante sobre su derecho a la cobertura de continuación COBRA, que es una extensión temporal de la cobertura bajo el Plan. **Este aviso explica la cobertura de continuación COBRA, cuándo podría estar disponible para usted y su familia, y qué debe hacer para proteger su derecho a obtenerla.** Cuando sea elegible para COBRA, también podría ser elegible para otras opciones de cobertura que podrían costar menos que la cobertura de continuación COBRA.

El derecho a la cobertura de continuación COBRA fue creado por una ley federal, la Ley de Reconciliación Presupuestaria Ómnibus Consolidada de 1985 (COBRA). La cobertura de continuación COBRA puede estar disponible para usted y otros miembros de su familia cuando la cobertura de salud grupal finalice. Para obtener más información sobre sus derechos y obligaciones bajo el Plan y la ley federal, consulte el Resumen del Plan o comuníquese con el Administrador del Plan.

Es posible que tengas otras opciones disponibles al perder tu cobertura de salud grupal. Por ejemplo, podrías ser elegible para comprar un plan individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Al inscribirte en la cobertura a través del Mercado, podrías obtener primas mensuales más bajas y menores gastos de bolsillo. Además, podrías calificar para un período de inscripción especial de 30 días para otro plan de salud grupal para el cual seas elegible (como el plan de tu cónyuge), incluso si ese plan generalmente no acepta inscripciones tardías.

¿Qué es la cobertura de continuación COBRA?

La cobertura de continuación COBRA es una extensión de la cobertura del Plan cuando esta finalizaría debido a un evento vital. Esto también se denomina "evento que da derecho a la cobertura". Los eventos que dan derecho a la cobertura se enumeran más adelante en este aviso. Después de un evento que da derecho a la cobertura, se debe ofrecer la cobertura de continuación COBRA a cada persona que sea un "beneficiario que da derecho a la cobertura". Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios que dan derecho a la cobertura si esta se pierde debido al evento que da derecho a la cobertura. Según el Plan, los beneficiarios que dan derecho a la cobertura que eligen la cobertura de continuación COBRA deben pagarla.

Si usted es empleado, se convertirá en beneficiario calificado si pierde su cobertura bajo el Plan debido a los siguientes eventos que califican:

- Sus horas de trabajo se reducen, o
- Su relación laboral finaliza por cualquier motivo que no sea una falta grave de su parte.

Si usted es cónyuge de un empleado, se convertirá en beneficiario calificado si pierde su cobertura bajo el Plan debido a los siguientes eventos que dan derecho a dicha cobertura:

- Su cónyuge fallece;
- Se reducen las horas de trabajo de su cónyuge;
- El empleo de su cónyuge finaliza por cualquier motivo que no sea una falta grave de su parte;
- Su cónyuge adquiere derecho a los beneficios de Medicare (bajo la Parte A, la Parte B o ambas); o
- Te divorcias o te separas legalmente de tu cónyuge.

Sus hijos dependientes se convertirán en beneficiarios calificados si pierden la cobertura del Plan debido a los siguientes eventos que dan derecho a la cobertura:

- El padre/madre empleado fallece;
- Se reducen las horas de trabajo del padre o madre empleado/a ;
- El empleo del padre o madre empleado finaliza por cualquier motivo que no sea una falta grave de su parte;
- El padre o madre empleado/a tiene derecho a las prestaciones de Medicare (Parte A, Parte B o ambas);
- Los padres se divorcian o se separan legalmente; o
- El niño deja de tener derecho a la cobertura del Plan como “hijo dependiente”.

En ocasiones, la presentación de una solicitud de quiebra conforme al Título 11 del Código de los Estados Unidos puede constituir un evento que da derecho a la cobertura. Si se presenta una solicitud de quiebra contra la Compañía y dicha quiebra resulta en la pérdida de la cobertura de algún empleado jubilado amparado por el Plan, el empleado jubilado se convertirá en beneficiario cualificado. El cónyuge, el cónyuge supérstite y los hijos dependientes del empleado jubilado también se convertirán en beneficiarios cualificados si la quiebra resulta en la pérdida de su cobertura conforme al Plan.

¿Cuándo está disponible la cobertura de continuación de COBRA?

El Plan ofrecerá cobertura de continuación COBRA a los beneficiarios calificados solo después de que el Administrador del Plan haya sido notificado de que ha ocurrido un evento que califica. El empleador debe notificar al Administrador del Plan sobre los siguientes eventos que califican:

- El cese de la relación laboral o la reducción de la jornada laboral;
- Fallecimiento del empleado;
- Inicio de un procedimiento de quiebra con respecto al empleador;]; o
- El empleado adquiere el derecho a recibir beneficios de Medicare (bajo la Parte A, la Parte B o ambas).

Para todos los demás eventos que dan derecho a la cobertura (divorcio o separación legal del empleado y su cónyuge, o la pérdida de elegibilidad de un hijo dependiente para la cobertura), debe notificar al administrador del plan dentro de los 60 días posteriores a que ocurra el evento. Debe entregar esta notificación al administrador del plan.

¿Cómo se proporciona la cobertura de continuación de COBRA?

Una vez que el administrador del plan reciba la notificación de que ha ocurrido un evento que da derecho a la cobertura, se ofrecerá la cobertura de continuación COBRA a cada uno de los beneficiarios elegibles. Cada beneficiario elegible tendrá derecho independiente a optar por la cobertura de continuación COBRA. Los empleados cubiertos pueden optar por la cobertura de continuación COBRA en nombre de sus cónyuges, y los padres pueden optar por la cobertura de continuación COBRA en nombre de sus hijos.

La cobertura de continuación COBRA es una extensión temporal de la cobertura que generalmente dura 18 meses debido a la terminación del empleo o la reducción de las horas de trabajo. Ciertos eventos que dan

derecho a la cobertura, o un segundo evento que dé derecho a la cobertura durante el período inicial, pueden permitir que un beneficiario reciba un máximo de 36 meses de cobertura.

También existen maneras de extender este período de 18 meses de cobertura de continuación de COBRA:

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

Si usted o algún miembro de su familia cubierto por el Plan es declarado discapacitado por la Administración del Seguro Social y usted notifica al Administrador del Plan oportunamente, usted y toda su familia podrían tener derecho a hasta 11 meses adicionales de cobertura de continuación COBRA, para un máximo de 29 meses. La discapacidad debe haber comenzado antes del día 60 de la cobertura de continuación COBRA y debe durar al menos hasta el final del período de 18 meses de dicha cobertura. Para obtener información sobre otros procedimientos del plan, incluyendo la documentación requerida, la persona a quien debe enviar la notificación y los plazos aplicables, comuníquese con el Administrador de su Plan.

Segunda extensión del período de cobertura continua de 18 meses tras un evento que califique

Si su familia experimenta otro evento que califique durante los 18 meses de cobertura de continuación de COBRA, el cónyuge y los hijos dependientes de su familia pueden obtener hasta 18 meses adicionales de cobertura de continuación de COBRA, para un máximo de 36 meses, si el Plan es debidamente notificado sobre el segundo evento que califica. Esta extensión puede estar disponible para el cónyuge y cualquier hijo dependiente que reciba cobertura de continuación de COBRA si el empleado o ex empleado fallece; adquiere derecho a beneficios de Medicare (bajo la Parte A, la Parte B o ambas); se divorcia o se separa legalmente; o si el hijo dependiente deja de ser elegible bajo el Plan como hijo dependiente. Esta extensión solo está disponible si el segundo evento que califica hubiera causado que el cónyuge o el hijo dependiente perdieran la cobertura bajo el Plan si el primer evento que califica no hubiera ocurrido.

¿Existen otras opciones de cobertura además de la Cobertura de Continuación COBRA?

Sí. En lugar de inscribirse en la cobertura de continuación COBRA, existen otras opciones de cobertura para usted y su familia a través del Mercado de Seguros Médicos, Medicare, Medicaid, el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) u otros planes de salud grupales (como el plan de su cónyuge) durante un período de inscripción especial. Algunas de estas opciones pueden ser más económicas que la cobertura de continuación COBRA. Puede obtener más información sobre muchas de estas opciones en

www.healthcare.gov.

¿Puedo inscribirme en Medicare en lugar de la cobertura de continuación COBRA una vez que finalice la cobertura de mi plan de salud grupal?

En general, si no se inscribe en Medicare Parte A o B cuando es elegible por primera vez porque todavía está empleado, después del período de inscripción inicial de Medicare, tiene un período de inscripción especial de 8 meses para inscribirse en Medicare Parte A o B, que comienza en la fecha que ocurra primero de

- El mes siguiente a la finalización de su relación laboral; o
- El mes siguiente a la finalización de la cobertura del plan de salud grupal basada en el empleo actual.

Si no se inscribe en Medicare y opta por la cobertura de continuación COBRA, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía en la Parte B y que experimente una interrupción en su cobertura si decide inscribirse en la Parte B más adelante. Si elige la cobertura de continuación COBRA y posteriormente se inscribe en Medicare Parte A o B antes de que finalice la cobertura de continuación COBRA, el Plan podría

cancelarla. Sin embargo, si Medicare Parte A o B está vigente en la fecha de la elección de COBRA o antes, la cobertura COBRA no se interrumpirá debido a la elegibilidad para Medicare, incluso si se inscribe en la otra parte de Medicare después de la fecha de la elección de la cobertura COBRA.

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

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

Si tiene alguna pregunta

Las preguntas relacionadas con su plan o sus derechos de cobertura de continuación COBRA deben dirigirse al contacto o contactos que se indican a continuación. Para obtener más información sobre sus derechos conforme a la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA), incluyendo COBRA, la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de la Salud Asequible y otras leyes que afectan a los planes de salud grupales, comuníquese con la Oficina Regional o de Distrito más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (EBSA) del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos en su área o visite www.dol.gov/ebsa. (Las direcciones y los números de teléfono de las Oficinas Regionales y de Distrito de la EBSA están disponibles en el sitio web de la EBSA). Para obtener más información sobre el Mercado de Seguros Médicos, visite www.HealthCare.gov.

Mantén informado a tu Plan sobre los cambios de dirección.

Para proteger los derechos de su familia, informe al administrador del plan sobre cualquier cambio en las direcciones de los miembros de la familia. También debe conservar una copia, para sus registros, de cualquier notificación que envíe al administrador del plan.

Para obtener más información sobre el Plan o la cobertura de continuación de COBRA, incluyendo cómo solicitar documentos, comuníquese con el administrador de su Plan.

COBERTURA ACREDITABLE DE MEDICARE PRESCRIPTION (PARTE D)

CONSERVE ESTE AVISO DE COBERTURA ACREDITABLE. Si decide unirse a uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que se le solicite una copia de este aviso al momento de la inscripción para demostrar si ha mantenido una cobertura acreditable y, por lo tanto, si debe pagar una prima más alta (una penalización).

Lea este aviso detenidamente y guárdelo en un lugar seguro. Contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados con Yellow Jacket Drilling Services y sobre sus opciones dentro del programa de cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información le ayudará a decidir si desea o no inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si está considerando inscribirse, compare su cobertura actual, incluyendo qué medicamentos están cubiertos y a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su área. Al final de este aviso encontrará información sobre dónde obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados.

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

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

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

Puedes unirse a un plan de medicamentos de Medicare cuando seas elegible para Medicare por primera vez y cada año desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

Sin embargo, si pierde su cobertura actual de medicamentos recetados acreditable, sin que sea culpa suya, también será elegible para un Período de Inscripción Especial (SEP) de dos (2) meses para unirse a un plan de medicamentos de Medicare.

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

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

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

Para obtener más información sobre este aviso o su cobertura actual de medicamentos recetados

Comuníquese con el administrador de su plan.

NOTA: Recibirá este aviso anualmente. También lo recibirá antes del próximo período en el que podrá inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, y si la cobertura a través de Franklin Restaurant, Inc. cambia. Asimismo, puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para obtener más información sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare

En el manual "Medicare y usted" encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura para medicamentos recetados. Recibirá una copia del manual por correo cada año de Medicare. También es posible que los planes de medicamentos de Medicare se comuniquen directamente con usted.

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

- Visite www.medicare.gov
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia para el Seguro Médico (consulte la contraportada de su ejemplar del manual "Medicare y usted" para obtener su número de teléfono) para obtener ayuda personalizada.
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si sus ingresos y recursos son limitados, puede obtener ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda, visite el sitio web del Seguro Social en www.socialsecurity.gov o llame al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Fecha: 07/01/2026

Empleador: Yellow Jacket Drilling Services

Administradora del plan: Raina Hansen

Dirección: 3922 E University Dr. Ste. 1 Phoenix, AZ 85034

Dirección de correo electrónico: rhansen@yjdrilling.com

Número de teléfono: 602-453-3252

NUEVAS OPCIONES DE COBERTURA DEL MERCADO DE SEGUROS MÉDICOS Y SU COBERTURA DE SALUD

PARTE A: Información general

Aunque su empleo le ofrezca cobertura médica, es posible que tenga otras opciones a través del Mercado de Seguros Médicos (Mercado de Seguros Médicos). Para ayudarle a evaluar las opciones disponibles para usted y su familia, este aviso le proporciona información básica sobre el Mercado de Seguros Médicos y la cobertura médica que se ofrece a través de su empleo.

¿Qué es el Mercado de Seguros Médicos?

El Mercado de Seguros Médicos está diseñado para ayudarte a encontrar un seguro que se ajuste a tus necesidades y a tu presupuesto. El Mercado te ofrece una solución integral para encontrar y comparar opciones de seguros médicos privados en tu zona geográfica.

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

Es posible que reúna los requisitos para ahorrar dinero y reducir su prima mensual y otros gastos de bolsillo, pero solo si su empleador no ofrece cobertura o si la que ofrece no es asequible para usted y no cumple con ciertos estándares mínimos de valor (que se explican más adelante). El ahorro al que tiene derecho depende de los ingresos de su hogar. También podría tener derecho a un crédito fiscal que reduzca sus costos.

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

Sí. Si su empleador le ofrece un plan de salud que se considera asequible y cumple con ciertos estándares de valor mínimo, no podrá optar a un crédito fiscal ni a un pago anticipado del mismo para su cobertura del Mercado de Seguros Médicos y quizás desee inscribirse en el plan de salud que le ofrece su empleador. Sin embargo, podría optar a un crédito fiscal y a pagos anticipados del mismo que reduzcan su prima mensual, o a una reducción en ciertos costos compartidos, si su empleador no le ofrece cobertura alguna o si la cobertura que ofrece no se considera asequible o no cumple con los estándares de valor mínimo. Si su parte del costo de la prima de todos los planes que le ofrece su empleador supera el 9.12%¹ de sus ingresos familiares anuales, o si la cobertura que le ofrece su empleador no cumple con el estándar de "valor mínimo" establecido por la Ley de Cuidado de Salud Asequible, podría optar a un crédito fiscal y a un pago anticipado del mismo si no se inscribe en la cobertura de salud que le ofrece su empleador. Para los familiares del empleado, la cobertura se considera asequible si el costo de las primas del plan de menor

costo que cubriría a todos los miembros de la familia no supera el 9,12 % de los ingresos del hogar del empleado.

Nota: Si adquiere un plan de salud a través del Mercado de Seguros Médicos en lugar de aceptar la cobertura ofrecida por su empleador, podría perder el acceso a la contribución del empleador a dicha cobertura. Además, esta contribución del empleador, así como su contribución como empleado a la cobertura ofrecida por su empleador, generalmente se excluye de los ingresos para fines de impuestos federales y estatales. Sus pagos por la cobertura a través del Mercado se realizan después de impuestos. Asimismo, tenga en cuenta que si la cobertura ofrecida por su empleador no cumple con los estándares de asequibilidad o valor mínimo, pero usted la acepta de todos modos, no será elegible para un crédito fiscal. Debe considerar todos estos factores al decidir si adquirir un plan de salud a través del Mercado de Seguros Médicos.

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

Puedes inscribirte en un plan de seguro médico del Mercado de Seguros Médicos durante el período anual de inscripción abierta. El período de inscripción abierta varía según el estado, pero generalmente comienza el 1 de noviembre y se extiende al menos hasta el 15 de diciembre.

Fuera del período de inscripción abierta anual, puede inscribirse en un seguro médico si cumple con los requisitos para un período de inscripción especial. En general, usted cumple con los requisitos para un período de inscripción especial si ha tenido ciertos eventos vitales que califican, como casarse, tener un bebé, adoptar un hijo o perder la elegibilidad para otra cobertura médica. Según el tipo de período de inscripción especial, puede tener 60 días antes o 60 días después del evento vital que califica para inscribirse en un plan del Mercado de Seguros Médicos.

También existe un Período Especial de Inscripción en el Mercado para personas y sus familias que pierden la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) a partir del 31 de marzo de 2023, hasta el 31 de julio de 2024. Desde el inicio de la emergencia de salud pública nacional por COVID-19, las agencias estatales de Medicaid y CHIP generalmente no han cancelado la inscripción de ningún beneficiario de Medicaid o CHIP que se inscribió a partir del 18 de marzo de 2020, hasta el 31 de marzo de 2023. A medida que las agencias estatales de Medicaid y CHIP reanudan las prácticas regulares de elegibilidad e inscripción, muchas personas pueden dejar de ser elegibles para la cobertura de Medicaid o CHIP a partir del 31 de marzo de 2023. El Departamento de Salud y **Servicios Humanos de los Estados Unidos está ofreciendo un período temporal de Inscripción Especial en el Mercado para permitir que estas personas se inscriban en la cobertura del Mercado .**

Seguros Médicos que residen en estados atendidos por HealthCare.gov y que presenten una nueva solicitud o actualicen una existente en HealthCare.gov entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024, y que certifiquen la fecha de finalización de su cobertura de Medicaid o CHIP dentro del mismo período, son elegibles para un Período Especial de Inscripción de 60 días. **Esto significa que si pierde su cobertura de Medicaid o CHIP entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024, podría inscribirse en la cobertura del Mercado dentro de los 60 días posteriores a la fecha de pérdida de dicha cobertura .** Además, si usted o algún miembro de su familia está inscrito en la cobertura de Medicaid o CHIP, es importante asegurarse de que su información de contacto esté actualizada para recibir cualquier información sobre cambios en su elegibilidad. Para obtener más información, visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) o llame al Centro de Atención Telefónica del Mercado al 1-800-318-2596. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-889-4325.

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

Si usted o su familia son elegibles para la cobertura de un plan de salud basado en el empleo (como un plan de salud patrocinado por el empleador), también podrían ser elegibles para un Período Especial de Inscripción para inscribirse en dicho plan en ciertas circunstancias, incluyendo si usted o sus dependientes

estaban inscritos en Medicaid o CHIP y perdieron esa cobertura. Generalmente, tiene 60 días después de la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP para inscribirse en un plan de salud basado en el empleo, pero si usted y su familia perdieron la elegibilidad para Medicaid o CHIP entre el 31 de marzo de 2023 y el 10 de julio de 2023, puede solicitar esta inscripción especial en el plan de salud basado en el empleo hasta el 8 de septiembre de 2023. Confirme la fecha límite con su empleador o su plan de salud basado en el empleo.

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

¿Cómo puedo obtener más información?

Para obtener más información sobre la cobertura que le ofrece su empleo, consulte el resumen del plan de salud o póngase en contacto con el administrador de su plan.

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

Esta sección contiene información sobre la cobertura médica que ofrece su empleador. Si decide solicitar cobertura en el Mercado de Seguros Médicos, se le pedirá que proporcione esta información. Esta información está numerada para corresponder con la solicitud del Mercado.

3. Nombre del empleador Servicios de perforación Yellow Jacket		4. Número de identificación del empleador (EIN) 38-3727439
5. Dirección del empleador 3922 E University Dr. Ste. 1		6. Número de teléfono del empleador 602-453-3252
7. Ciudad Fénix	8. Estado Arizona	9. Código postal 85034
10. ¿Con quién podemos ponernos en contacto para obtener información sobre la cobertura médica para empleados en este puesto de trabajo? Raina Hansen		
11. Número de teléfono (si es diferente al anterior)		12. Dirección de correo electrónico rhansen@yjdrilling.com

Aquí encontrará información básica sobre la cobertura médica que ofrece este empleador:

- Como su empleador, ofrecemos un plan de salud para:
 - ☐ Todos los empleados. Los empleados elegibles son: **[Definición de empleados elegibles]**
 - ☒ Algunos empleados. Los empleados elegibles son: **Empleados de tiempo completo que trabajan 30 horas o más por semana.**
- En lo que respecta a las personas a cargo:
 - ☒ Ofrecemos cobertura. Los dependientes elegibles son: **Cónyuge e hijos dependientes hasta los 26 años.**
 - ☐ No ofrecemos cobertura.

☒ Si está marcada, esta cobertura cumple con el estándar de valor mínimo, y el costo de esta cobertura para usted está diseñado para ser asequible, en función de los salarios de los empleados.

****Aunque su empleador pretenda que su cobertura sea asequible, usted podría ser elegible para un descuento en la prima a través del Mercado de Seguros Médicos. El Mercado utilizará sus ingresos familiares, junto con otros factores, para determinar si usted es elegible para un descuento en la prima. Por ejemplo, si sus ingresos varían de una semana a otra (quizás trabaja por horas o a**

comisión), si comenzó a trabajar a mitad de año o si ha sufrido otras pérdidas de ingresos, aún podría calificar para un descuento en la prima.

Si decide buscar cobertura en el Mercado de Seguros Médicos, [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) le guiará durante el proceso. Aquí encontrará la información de su empleador que deberá ingresar al visitar [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) para averiguar si puede obtener un crédito fiscal que reduzca sus primas mensuales.

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

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

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

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

Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir asistencia para el pago de primas bajo Medicaid o CHIP, así como también son elegibles bajo el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en su plan si aún no está inscrito. Esto se denomina una oportunidad de "inscripción especial" y **debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días posteriores a que se determine su elegibilidad para la asistencia para el pago de primas**. Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo en www.askebsa.dol.gov o llame al **1-866-444-EBSA (3272)**.

Si reside en uno de los siguientes estados, podría ser elegible para recibir asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de enero de 2026. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre los requisitos de elegibilidad.

ALABAMA – Medicaid	ALASKA – Medicaid
Sitio web: http://myalhipp.com/ Teléfono: 1-855-692-5447	Programa de pago de primas de seguros de salud de Alaska Sitio web: http://myakhipp.com/ Teléfono: 1-866-251-4861 Correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Requisitos de elegibilidad para Medicaid: División de Asistencia Pública Estado de Alaska Departamento de Salud
ARKANSAS – Medicaid	CALIFORNIA – Medicaid
Sitio web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Sitio web del Programa de Pago de Primas de Seguro Médico (HIPP): http://dhcs.ca.gov/hipp Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676

	Correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov
COLORADO – Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)	FLORIDA – Medicaid
Sitio web de Health First Colorado: Health First Colorado – Programa Medicaid de Colorado Centro de contacto para miembros de Health First Colorado: 1-800-221-3943/Servicio de retransmisión estatal 711 CHP+: Plan de Salud Infantil Plus (CHP+) Departamento de Política y Financiamiento de la Atención Médica Servicio al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/Servicio de retransmisión estatal 711 Programa de compra de seguro médico (HIBI): Colorado HIBI Compra de seguro médico: InMain – Colorado HIBI Servicio al cliente HIBI de Colorado : 1-855-692-6442	Sitio web: Florida HIPP – Florida TPLFlorida TPL Teléfono: 1-877-357-3268
GEORGIA – Medicaid	INDIANA – Medicaid
Sitio web de GA HIPP: Programa de pago de primas de seguro médico (HIPP) Medicaid de Georgia Teléfono: 678-564-1162, presione 1 Sitio web de GA CHIPRA: Ley de Reautorización del Programa de Seguro Médico Infantil de 2009 (CHIPRA) Medicaid de Georgia Teléfono: 678-564-1162, presione 2	Programa de pago de primas de seguro médico Todos los demás Medicaid Sitio web: Medicaid de Indiana: Inicio FSSA: DFR: Inicio Administración de Servicios Familiares y Sociales Teléfono: 1-800-403-0864 Teléfono de atención al cliente: 1-800-457-4584
IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)	KANSAS – Medicaid
Sitio web de Medicaid: Medicaid de Iowa Servicios de Salud y Humanos Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366 de Hawki : Hawki – Niños sanos y bien cuidados en Iowa Salud y Servicios Humanos Hawki Teléfono: 1-800-257-8563 Sitio web de HIPP: Pago de primas de seguro médico (HIPP) Departamento de Salud y Servicios Humanos (iowa.gov) Teléfono de HIPP: 1-888-346-9562	Sitio web: https://www.kancare.ks.gov/ Teléfono: 1-800-792-4884 Teléfono de HIPP: 1-800-967-4660
KENTUCKY – Medicaid	LOUISIANA – Medicaid
Sitio web del Programa Integrado de Pago de Primas de Seguros de Salud de Kentucky (KI-HIPP): Programa Integrado de Pago de Primas de Seguros de Salud de Kentucky (KI-HIPP) – Gabinete de Salud y Servicios Familiares Teléfono: 1-855-459-6328 Correo electrónico: KIHIPP.PROGRAM@ky.gov Sitio web de KCHIP: https://kynect.ky.gov Teléfono: 1-877-524-4718 Sitio web de Medicaid de Kentucky: https://chfs.ky.gov/agencies/dms	Sitio web de Medicaid de Luisiana: https://www.ldh.la.gov/healthy-louisiana Línea de atención al cliente de Medicaid: 1-888-342-6207 Correo electrónico de Medicaid de Luisiana: healthy@la.gov del Programa de Primas de Seguro Médico de Luisiana (LaHIPP): https://www.ldh.la.gov/lahipp de LaHIPP : 1-877-697-6703 de LaHIPP : La.HIPP@la.gov de LaHIPP : 1-888-716-9787 Dirección postal de LaHIPP : 100 Crescent Centre Parkway, Suite 1000 Tucker, GA 30084
MAINE – Medicaid	MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP
Sitio web de inscripción: Maine Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Maine Relay 711 Página web de primas de seguros médicos privados: Solicitudes y formularios Departamento de Salud y Servicios	Sitio web: https://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840 TTY: 711 Correo electrónico: masspremassistance@accenture.com

Humanos

Teléfono: 1-800-977-6740

TTY: Maine Relay 711

MINNESOTA – Medicaid	MISURI – Medicaid
Sitio web: https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/ Teléfono: 1-800-657-3672	Sitio web: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005
MONTANA – Medicaid	NEBRASKA – Medicaid
Sitio web: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084 Correo electrónico: HSHIPPProgram@mt.gov	Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178
NEVADA – Medicaid	NUEVO HAMPSHIRE – Medicaid
Sitio web de Medicaid: http://dhcfp.nv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900	Sitio web: Programa de primas de seguro médico Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nuevo Hampshire Teléfono: 603-271-5218 Número gratuito del programa HIPP: 1-800-852-3345, ext. 15218 Correo electrónico: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov
NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP	NUEVA YORK – Medicaid
Sitio web de Medicaid: Departamento de Servicios Humanos NJ FamilyCare/Medicaid Teléfono : 1-800-356-1561 Teléfono de asistencia premium de CHIP: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710 (TTY: 711)	Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831
CAROLINA DEL NORTE – Medicaid	DAKOTA DEL NORTE – Medicaid
Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov/ Teléfono: 919-855-4100	Sitio web: https://www.hhs.nd.gov/healthcare Teléfono: 1-844-854-4825
OKLAHOMA – Medicaid y CHIP	OREGÓN – Medicaid y CHIP
Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742	Sitio web: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-800-699-9075
PENNSYLVANIA – Medicaid y CHIP	RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP
Sitio web: Solicite el Programa de Pago de Primas de Seguro Médico de Medicaid (HIPP) Mancomunidad de Pensilvania Teléfono: 1-800-692-7462 Sitio web de CHIP: Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP) (pa.gov) Teléfono de CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)	Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 1-855-697-4347, o 401-462-0311 (Línea directa de Rite Share)
CAROLINA DEL SUR – Medicaid	DAKOTA DEL SUR – Medicaid
Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820	Sitio web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059
TEXAS – Medicaid	UTAH – Medicaid y CHIP
Sitio web: Programa de Pago de Primas de Seguro Médico (HIPP) Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas Teléfono: 1-800-440-0493	Sitio web del Programa de Colaboración Premium para el Seguro Médico (UPP) de Utah: https://medicaid.utah.gov/upp/ Correo electrónico: upp@utah.gov Teléfono: 1-888-222-2542 Sitio web de expansión de Medicaid para adultos: Expansión de Medicaid – Medicaid – Departamento de Salud y Servicios Humanos de Utah Sitio web del Programa de Compra de Medicaid de Utah: Programa de Compra – Medicaid – Departamento de Salud y

Servicios Humanos de Utah Sitio web de CHIP: https://chip.utah.gov/	
VERMONT – Medicaid Sitio web: Programa de pago de primas de seguro médico (HIPP) Departamento de Acceso a la Salud de Vermont Teléfono: 1-800-250-8427	VIRGINIA – Medicaid y CHIP Sitio web: FAMIS Seleccionar CubrirVA Programas de pago de primas de seguro médico (HIPP) CoverVA Teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924
WASHINGTON – Medicaid Sitio web: https://www.hca.wa.gov/ Teléfono: 1-800-562-3022	VIRGINIA OCCIDENTAL – Medicaid y CHIP Sitio web: https://dhhr.wv.gov/bms/ http://mywvhipp.com/ Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 Teléfono gratuito de CHIP: 1-855-699-8447
WISCONSIN – Medicaid y CHIP Sitio web: Medicaid en Wisconsin Departamento de Servicios de Salud de Wisconsin Teléfono: 1-800-362-3002	WYOMING – Medicaid Sitio web: Programas y requisitos de elegibilidad - Departamento de Salud de Wyoming Teléfono: 1-800-251-1269

Para saber si otros estados han añadido un programa de asistencia para el pago de primas desde el 31 de enero de 2026, o para obtener más información sobre los derechos de inscripción especiales, póngase en contacto con:

Departamento de Trabajo de los Estados Unidos,
Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados
www.dol.gov/agencies/ebsa
1-866-444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos,
Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
www.cms.hhs.gov
1-877-267-2323, Opción de menú 4, Ext. 61565

Declaración sobre la Ley de Reducción de Trámites Administrativos

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites Administrativos de 1995 (Ley Pública 104-13) (PRA), ninguna persona está obligada a responder a una solicitud de información a menos que esta muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El Departamento señala que una agencia federal no puede realizar ni patrocinar una solicitud de información a menos que esté aprobada por la OMB conforme a la PRA y muestre un número de control de la OMB vigente, y el público no está obligado a responder a una solicitud de información a menos que esta muestre un número de control de la OMB vigente. Véase 44 USC 3507. Asimismo, no obstante cualquier otra disposición legal, ninguna persona será sancionada por no cumplir con una solicitud de información si esta no muestra un número de control de la OMB vigente. Véase 44 USC 3512.

Se estima que el tiempo que requiere la presentación de informes públicos para esta recopilación de información es de aproximadamente siete minutos por persona. Se invita a las partes interesadas a enviar comentarios sobre la estimación de este tiempo o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas sugerencias para reducirlo, al Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados, Oficina de Política e Investigación, Atención: Oficial de Autorización de la PRA, 200 Constitution Avenue, NW, Sala N-5718, Washington, DC 20210, o bien, enviar un correo electrónico a ebsa.opr@dol.gov e indicar el número de control de la OMB 1210-0137.

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

Aviso de inscripción

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

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

Estas prestaciones se proporcionarán sujetas a los mismos deducibles y coseguros aplicables a otras prestaciones médicas y quirúrgicas previstas en este plan.

Aviso anual

¿Sabía usted que su plan, según lo exige la Ley de Derechos de la Mujer en Materia de Salud y Cáncer de 1998, proporciona beneficios para los servicios relacionados con la mastectomía, incluidas todas las etapas de la reconstrucción y la cirugía para lograr la simetría entre los senos, las prótesis y las complicaciones derivadas de una mastectomía, incluido el linfedema?

Si desea obtener más información, póngase en contacto con su Departamento de Recursos Humanos o con el administrador de su plan.

LEY DE NO DISCRIMINACIÓN SOBRE INFORMACIÓN GENÉTICA DE 2008

La Ley de No Discriminación por Información Genética de 2008 (GINA) protege a los empleados contra la discriminación basada en su información genética. Salvo autorización expresa, su empleador no podrá solicitar ni exigir información genética ni a usted ni a sus familiares.

La Ley de No Discriminación por Información Genética de 2008 (GINA) prohíbe a los empleadores y otras entidades cubiertas por el Título II de GINA solicitar o exigir información genética de una persona o un familiar de esta, salvo en los casos específicamente permitidos por esta ley. Para cumplir con esta ley, le solicitamos que no proporcione ninguna información genética al responder a esta solicitud de información médica. La "información genética", según la define GINA, incluye el historial médico familiar de una persona, los resultados de las pruebas genéticas de una persona o un familiar, el hecho de que una persona o un familiar haya solicitado o recibido servicios genéticos, y la información genética de un feto gestado por una persona o un familiar, o de un embrión legalmente custodiado por una persona o un familiar que reciba servicios de reproducción asistida.

LEY DE PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LOS RECIÉN NACIDOS Y DE LAS MADRES

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

LEY DE PARIDAD DE SALUD MENTAL Y EQUITAD EN EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES (MHPAEA)

La Ley de Paridad de Salud Mental y Equidad en el Tratamiento de Adicciones de 2008 exige, en general, que los planes de salud grupales y las aseguradoras de salud garanticen que los requisitos financieros (como copagos y deducibles) y las limitaciones de tratamiento (como límites de visitas anuales) aplicables a las prestaciones por salud mental o trastornos por consumo de sustancias no sean más restrictivos que los requisitos o limitaciones predominantes aplicados a prácticamente todas las prestaciones médicas/quirúrgicas. Para obtener información sobre los criterios para determinar la necesidad médica en el marco del plan con respecto a las prestaciones por salud mental o trastornos por consumo de sustancias, comuníquese con el administrador de su plan.

AVISO SOBRE LA PROTECCIÓN DEL PACIENTE

La mayoría de los planes de salud grupales permiten o requieren que usted elija un médico de atención primaria (MAP). Usted tiene derecho a seleccionar cualquier MAP que participe en la red del plan y esté disponible para atenderlo a usted o a sus familiares. Si el plan le asigna automáticamente un MAP hasta que usted elija uno, el proveedor asignado será su MAP. Para obtener ayuda para seleccionar un MAP o para consultar la lista de proveedores de la red, comuníquese con el administrador de su plan o con su plan de salud.

Para niños: Puede elegir a un pediatra como proveedor de atención primaria para su hijo.

Para atención obstétrica o ginecológica: No necesita autorización previa del plan ni de ninguna otra persona (incluido su médico de cabecera) para consultar con un obstetra/ginecólogo de la red. Es posible que el profesional de la salud deba seguir ciertos procedimientos, como planes de tratamiento preaprobados o procesos de derivación. Para obtener una lista de los obstetras/ginecólogos participantes, comuníquese con el administrador de su plan.

SUS DERECHOS Y PROTECCIONES CONTRA FACTURAS MÉDICAS INESPERADAS

Cuando recibe atención de emergencia o es atendido por un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, está protegido contra el cobro de saldos pendientes. En estos casos, no se le debería cobrar más que los copagos, el coseguro o el deducible de su plan.

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

Cuando tú ver un médico u otro salud cuidado proveedor, tú puede deber cierto desembolsado costos, como a copago, coseguro, o deducible. Tú puede tener adicional costos o tener que pagar la factura completa si usted ve a un proveedor o visite una salud cuidado instalación eso no es en su salud red del plan.

“Fuera de la red” medio proveedores y instalaciones eso no lo he hecho firmado un contrato con su plan de salud para proporcionar servicios. Fuera de la red proveedores puede se permita facturar tú por la diferencia entre qué tu plan paga y el completo Cantidad cobrada por un servicio. Este se llama “**facturación del saldo restante**”. Esta cantidad es probable más que dentro de la red costos por el mismo servicio y podrían no contar para el deducible de su plan o el gasto anual de bolsillo límite.

“Facturación sorpresa” es un inesperado balance factura. Este poder sucede cuando no puedes controlarlo OMS está involucrado en su cuidado—como cuando tienes un emergencia o cuando programas a visita en un en red instalación pero son inesperadamente tratado por una fuera de la red proveedor. facturas médicas inesperadas podría costar miles de dólares dependiendo en el procedimiento o servicio.

Estás protegido contra el cobro de saldo pendiente por:

Servicios de emergencia

Si tienes una emergencia médica y consigues servicios de emergencia de un proveedor fuera de la red o instalación, lo máximo que puedan facturarte ¿Está su plan dentro de la red? monto de participación en los costos (como por ejemplo copagos, coseguro y deducibles). Tú **No** se puede facturar el saldo restante para estos servicios de emergencia. Esto incluye servicios que te pases después de que estés en condición estable, a menos que tú des escrito consentimiento y refuerzas tus protecciones no a ser facturado al contado para estos post-estabilización servicios.

Si tienes una emergencia y recibes atención de un proveedor o centro que no pertenece a la red, estás protegido contra el cobro de saldo adicional según la ley federal. Esto significa que no se le puede cobrar más de los montos habituales de copago, coseguro o deducible que le corresponden dentro de la red, incluso si el proveedor no pertenece a ella. Estas protecciones generalmente también se aplican a los servicios que recibas después de que su estado se estabilice, a menos que usted dé su consentimiento por escrito para renunciar a ellas.

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

Cuando usted recibe servicios de una red interna hospital o centro quirúrgico ambulatorio, ciertos proveedores pueden haber problemas fuera de la red. En estos casos, la mayoría de esos proveedores pueden facturarle tú ¿Es el copago dentro de la red de su plan? importe. Esto se aplica a los servicios de medicina de urgencias, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, cirugía auxiliar, medicina hospitalaria o cuidados intensivos. Estos proveedores **No pueden** cuadrar la factura tú y puede **que no** te lo pregunte. dar arriba sus protecciones que no se facturarán por el saldo restante.

Si tú consigues otros tipos de servicios en estos dentro de la red instalaciones, fuera de la red proveedores **no pueden**

balance facturar tú, a menos que tú des escrito consentimiento y dar arriba sus protecciones.

Estás nunca requerido a dar arriba sus protecciones de balance facturación. Tú tampoco lo son requerido a conseguir fuera de la red cuidado. Tú puedes elegir a proveedor o instalación en la red de su plan.

Si recibes servicios no urgentes en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, también estará protegido contra el cobro de la diferencia en muchas situaciones. Incluso si algunos proveedores que participan en su atención no pertenecen a la red (como anestesiólogos, radiólogos o patólogos), generalmente no pueden facturarle más de la cantidad que le corresponde dentro de la red, a menos que recibas la notificación y el consentimiento previos.

Cuando no se permite el cobro de saldo restante, también dispone de estas protecciones:

- Eres solo responsable para pagar su parte del costo (como el copago, coseguro y deducible que usted tendría pagar si el proveedor o instalación estaba dentro de la red). Su plan de salud pagará cualquier costo adicional para proveedores fuera de la red y instalaciones directamente.
- Generalmente, su salud plan debe:
 - Cobertura de emergencia servicios sin requiriendo usted para obtener la aprobación de los servicios con antelación (también conocida como "autorización previa").
 - Cubrir emergencia servicios por fuera de la red proveedores.
 - Base de qué usted debe al proveedor o instalación (reparto de costos) sobre qué él quería pagar dentro de la red proveedor o instalación y mostrar esa cantidad en tu explicación de beneficios.

- Cuenta cualquier cantidad que pagues por emergencia servicios o fuera de la red servicios que se aplican a su deducible dentro de la red y límite de gastos de bolsillo.

Si tú pensar tú tienes estado erróneamente facturado, Comuníquese con el Servicio de Asistencia "Sin Sorpresas", operado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, al 1-800-985-3059.

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

Si procede, visite el sitio web de su estado para obtener más información sobre sus derechos conforme a las leyes estatales aplicables.

Año del plan: del 01/09/2026 al 31/08/2027

Nombre del empleador	Servicios de perforación Yellow Jacket	EIN	38-3727439
DIRECCIÓN	3922 E Universidad Dr. Ste. 1 Phoenix, AZ 85034		

Información del administrador del plan

Nombre, Apellido	Raina Hansen
Dirección de correo electrónico	rhansen@yjdrilling.com
Número de teléfono	602-453-3252