

Guía de Beneficios para Empleados

2023



CARLISLE[®]

The logo features the word "CARLISLE" in a bold, italicized, sans-serif font. The letters are white with a blue outline. A registered trademark symbol (®) is located at the bottom right of the word. The logo is positioned on a dark blue background that is part of a large white arrow pointing to the right.



Índice

Novedades para 2023	4
Elegibilidad	5
Planes Médicos	6
HSA	8
HRA	9
Programa de Compromiso con el Bienestar	10
FSA	11
Lyra: Atención de la Salud Mental y Emocional	12
Health Advocate	13
Planes Médicos Complementarios	14
Plan Odontológico	17
Plan Oftalmológico	18
Seguro de Vida y AD&D	19
Protección de Ingresos por Discapacidad	20
Planificación de la Jubilación	21
Plan de Compra de Acciones para Empleados	22
Aportes de los Empleados	23
Avisos Importantes	25
Contactos Importantes	39

Si usted (y/o sus dependientes) tiene(n) Medicare o será(n) elegible(s) para Medicare en los próximos 12 meses, existe una ley federal que le brinda más opciones de cobertura para sus medicamentos con receta. Consulte la página 25 para ver más detalles.



¡se preocupa por usted!



4
años

Carlisle sigue sin aumentar el costo de seguro médico por un cuarto año seguido, aportando \$2,300 para empleados y \$6,800 para familias durante ese período



\$20
millones

Carlisle ha aportado más de \$20 millones en cuentas de ahorros de salud y cuenta de reembolsos de salud en los últimos 3 años



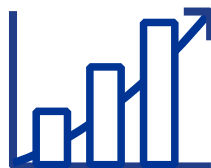
\$1.2
millones

\$1.2 millones en reembolsos a empleados en los últimos 3 años para educación continua incluidos programas de certificación de habilidades industriales



80%
de apreciación

Casi 80% de apreciación de nuestros acciones del 2018, más una nueva opción sobre acciones para empleados elegibles desde el 3 de octubre del 2022



\$49
millones

Carlisle ha aportado \$49 millones para igualar contribuciones de los empleados a su 401(k) en los últimos 3 años

Novedades para 2023



Máximos de bolsillo y deducibles familiares más bajos



2 semanas de Licencia por Paternidad/Maternidad remunerada



Mejor servicio a la salud mental a través de Lyra

Novedades para 2023

Carlisle sigue sin modificar los costos de atención médica por CUARTO año consecutivo.

El bienestar de nuestros empleados es clave para el éxito de Carlisle. Garantizar una atención de la salud asequible y accesible para nuestros empleados y sus familias es nuestra prioridad N° 1. Si bien se prevé que los costos médicos aumentarán casi 7% en toda la nación, Carlisle absorberá esos costos para mantener sus cuotas al mismo nivel por cuarto año consecutivo.

Hemos agregado algunas mejoras a nuestro paquete de beneficios para llevarle aún más opciones.

- » Máximos de bolsillo y deducibles familiares más bajos. Estamos pasando a un plan médico de dos niveles, lo que significa que los máximos de bolsillo y deducibles familiares bajarán. Carlisle ajustará los aportes a los planes HSA y HRA en consecuencia.
- » Mayor cobertura de viajes y alojamiento. Para que la atención médica sea más accesible, nuestros planes médicos proporcionan cobertura de gastos elegibles para viaje y alojamiento cuando no hay servicios médicos disponibles cerca de casa.
- » Mayor apoyo a la salud mental a través de Lyra. Lyra conecta a usted y sus dependientes con servicios de salud mental y emocional que son convenientes y personalizados.
- » Nuevos servicios de asesoría con Health Advocate. Health Advocate proporciona apoyo personal para ayudarlo a usted y su familia a conocer su cobertura, encontrar el proveedor médico correcto, resolver reclamos problemáticos de seguro, y más.
- » Dos semanas de Licencia por paternidad/maternidad remunerada junto con otros programas de Licencias Carlisle ahora ofrecerá dos semanas de Ausencia a remunerada para cuidar de un hijo recién nacido, adoptado o en hogar de acogida.
- » Nuevos beneficios de transporte/estacionamiento con PayFlex aparte dólares antes de impuestos para pagar gastos aprobados de transporte y estacionamiento para ir al trabajo.
- » Las cuentas de gastos flexibles pasan a PayFlex. Si se inscribe en los programas de FSA para atención médica o de dependientes, recibirá una nueva cuenta y tarjeta de débito para que pueda acceder a sus fondos.



Recursos importantes

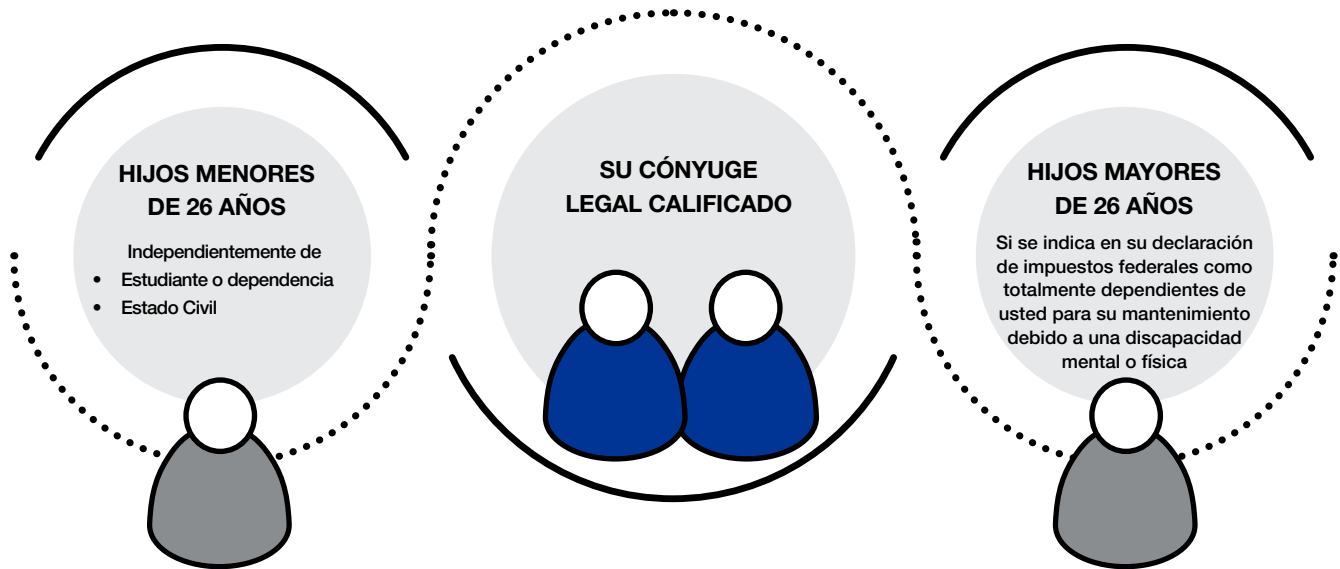
Obtenga información sobre sus beneficios de Carlisle en cualquier momento y lugar usando su dispositivo móvil. Visite MyBenefits en carlisle.mybenehubonline.com.



Elegibilidad

Usted es elegible para los beneficios si es empleado regular a tiempo completo. La cobertura comienza en su fecha de empleo en una clase elegible, siempre que se inscriba dentro de los primeros 30 días. También puede inscribir a sus dependientes elegibles. El costo de la cobertura de los dependientes variará según la cantidad de dependientes que cubra y el plan específico que elija. Al inscribir a los dependientes, se les inscribirá en los mismos planes que seleccione para usted.

Los dependientes elegibles pueden ser:



Cambio de beneficios después de la inscripción

Durante el año, no puede hacer cambios en sus beneficios a menos que tenga un evento de vida calificado. Si no realiza cambios en sus beneficios dentro de los 30 días del Evento de Vida calificado, tendrá que esperar hasta el próximo período de Inscripción Abierta para hacerlo (a menos que tenga otro Evento de Vida calificado).

Evento de vida habilitante		Documentación Necesaria
Cambio de estado civil	Matrimonio	Copia del certificado de matrimonio
	Divorcio/separación legal	Copia de la sentencia de divorcio
	Fallecimiento	Copia del certificado de defunción
Cambio en el número de dependientes	Nacimiento o adopción	Copia del certificado de nacimiento o copia de los documentos legales de adopción
	Hijastro	Copia del certificado de nacimiento y copia del certificado de matrimonio entre el empleado y cónyuge
	Fallecimiento	Copia del certificado de defunción
Cambio de empleo	Cambio en su situación de elegibilidad (p.ej., tiempo completo a tiempo parcial)	Notificación de aumento o reducción de horas que modifica la situación de cobertura
	Cambio en los beneficios del cónyuge o en su situación laboral	Notificación de situación laboral del cónyuge que resulte en pérdida u obtención de cobertura

***IMPORTANTE:** Su cónyuge es elegible para inscribirse en el plan médico solo si él o ella no tiene otro seguro médico grupal disponible a través de su empleador. **EXCEPCIÓN:** Si el empleador requiere que su cónyuge pague el 100% del costo de la cobertura, su cónyuge será elegible para el programa médico de Carlisle.

Planes Médicos

Carlisle ofrece tres planes de salud de deducible alto (HDHP). Si usted es un beneficiario de Medicare o tiene otro plan de beneficios primario, no es elegible para el Plan HSA de Carlisle como lo define el IRS. Sin embargo, puede inscribirse en el Plan médico de Carlisle o en el Plan HRA de Carlisle.

Aportes a la cuenta anual por plan

	Plan HSA de Carlisle	Plan médico de Carlisle	Plan HRA de Carlisle
Elegibilidad	Solo está inscrito en un plan médico con deducible alto elegible de una HSA	Usted está cubierto por un plan que no sea el HDPC (es decir, el plan médico del cónyuge, la FSA o la HRA), Medicare, TRICARE, los beneficios de VA o figura como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona	Solo está inscrito en el plan médico con deducible alto de una HRA
Titularidad de la cuenta	Usted decide cuándo usar los fondos para gastos médicos, odontológicos, y oftalmológicos de bolsillo. Es suyo cuando se jubile o deje el plan.	No aplica	Los fondos se mantienen a su nombre y se utilizan para pagar reclamos médicos, odontológicos y oftalmológicos (por la compañía de seguros) mientras usted está en el plan
Aportes anuales de Carlisle*	Individual – \$750 Usted + 1 o más dependientes – \$1,500	No aplica	Individual – \$500 Usted + 1 o más dependientes – \$1,000 Incentivos por bienestar añadidos a la HRA; se añadirán a los montos anteriores
Sus aportes voluntarios anuales	Individual – hasta \$3,850 menos los aportes de Carlisle y sus dólares de incentivos por bienestar Usted + 1 o más dependientes – hasta \$7,750 y sus dólares de incentivos por bienestar	No aplica	No aplica
Sus aportes de nivelación	\$1,000 a la edad de 55 años o más	No disponible	No disponible
Opciones de Inversión	Puede invertir en fondos de inversión si tiene \$1,000 en la cuenta; las ganancias están libres de impuestos.	No disponible	No disponible

Nota: Los saldos de las cuentas HRA se limitarán al máximo de gastos de bolsillo dentro de la red durante el año calendario.

* Carlisle calcula los aportes anuales correspondientes del empleador a la HSA y la HRA si la cobertura comienza después del 1 de enero.

NOTA: El máximo de bolsillo y deducible dentro de la red se aplican a servicios dentro de la red solamente. El máximo fuera de la red y deducible fuera de la red se aplican a servicios fuera de la red solamente.

Comparación de Planes Médicos

	Plan HSA de Carlisle	Plan médico de Carlisle	Plan HRA de Carlisle	
	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Deducible anual				
Individual	\$1,500	\$3,000	\$1,500	\$3,000
+ 1 o más dependientes	\$3,000	\$6,000	\$3,000	\$6,000
Máximo de gastos de bolsillo por año (Incluye deducible)				
Individual	\$3,000	\$6,000	\$3,000	\$6,000
+ 1 o más dependientes	\$6,000	\$12,000	\$6,000	\$12,000
Máximo de por vida	Ilimitado			
	Plan HSA de Carlisle	Plan médico de Carlisle	Plan HRA de Carlisle	
Contribuciones Anuales del Empleador				
Individual	\$750	No aplica	\$500	
+ 1 o más dependientes	\$1,500	No aplica	\$1,000	
Coseguro que usted paga				
Atención preventiva	\$0	40%*	\$0	40 %*
Médico de atención primaria	20%*	40%*	20 %*	40 %*
Especialista	20%*	40%*	20%*	40%*
Diagnóstico, radiografías y laboratorio	20%*	40%*	20 %*	40%*
Atención de urgencia	20%*	20%*	20%*	20%*
Sala de emergencias	20%*	20%*	20%*	20%*
Atención con hospitalización	20%*	40%*	20%*	40%*
Cirugía sin hospitalización	20 %*	40%*	20 %*	40%*
Gastos de farmacia que paga usted				
Medicamentos con receta (suministro para hasta 30 días)				
Genérico preventivo	Los genéricos preventivos preferidos están cubiertos sin cargo y excluidos del deducible del plan.			
Genérico	20%*	20% después del copago de miembros del 20%	20%*	20% después del copago de miembros del 20%
De marca	20%*	20% después del copago de miembros del 20%	20%*	20% después del copago de miembros del 20%
Especializado	20%*	20% después del copago de miembros del 20%	20%*	20% después del copago de miembros del 20%
Medicamentos con receta de pedido por correo (suministro para hasta 90 días)				
Genérico	20%*	No se cubre	20%*	No se cubre
De marca	20%*		20%*	
Los miembros recibirán un suministro de 90 días en la Farmacia de Servicio de pedido por correo de CVS Caremark o en su farmacia local de CVS. Puede contactar a Aetna si no desea recibir suministros de 90 días.				

*Después del deducible

Para su protección

El máximo de bolsillo brinda protección financiera en caso de una lesión o enfermedad grave. El máximo de bolsillo incluye sus pagos por gastos cubiertos dentro o fuera de la red, según corresponda, y se retira de sus fondos. El máximo de bolsillo incluye el deducible. Una vez que alcance su máximo de bolsillo, el plan cubrirá todos los gastos hasta el 100 % durante el resto del año.

HSA

Una Cuenta de Ahorro para Gastos Médicos (HSA) es una cuenta de ahorro personal que puede utilizar para pagar gastos médicos, odontológicos y oftalmológicos de bolsillo admitidos con dólares antes de impuestos, ahora o en el futuro. Cuando esté inscrito en la HSA, recibirá una tarjeta de débito que lo ayudará a manejar sus reembolsos de HSA. Su HSA también puede usarse para sus gastos y los de su cónyuge y dependientes, incluso si no están cubiertos por el plan médico HDHP. **NOTA:** Una vez que cumple 65 años, deja de ser elegible para una HSA.

¿Cómo funciona una cuenta de ahorros para gastos médicos?



Elegibilidad

Debe estar inscrito en el Plan de Salud de Deducible Alto.

Aportaciones

La Compañía aporta:

\$750 (Solo Empleado) | \$1,500 (Familia)

Usted aporta antes de impuestos y puede cambiar el monto de lo que aporta de cada cheque por hasta el máximo anual del IRS de \$3,850 si se inscribe solo usted o \$7,750 si se inscribe en cobertura familiar. Si tiene 55 años o más, puede efectuar un aporte de nivelación adicional.



Gastos Elegibles

Puede utilizar los fondos de su HSA para cubrir gastos médicos, odontológicos, oftalmológicos y de medicamentos con receta en los que incurran usted y sus familiares elegibles.

Uso de su cuenta

Utilice la tarjeta de débito vinculada a su HSA para cubrir los gastos elegibles, o pague los gastos de su propio bolsillo y ahorre el dinero de su HSA para futuros gastos de atención médica.



Su HSA es siempre suya, pase lo que pase.

Una de las mejores características de una HSA es que el dinero que queda en su cuenta al final del año se transfiere para que pueda utilizarlo el próximo año o en algún momento en el futuro. Y si se va de la compañía o se jubila, su HSA se va con usted para que pueda seguir pagando o ahorrando para futuros gastos médicos elegibles.



HRA

Una Cuenta de Reembolso de Gastos Médicos (HRA) es una cuenta que puede usar para pagar gastos médicos de bolsillo admitidos con dólares antes de impuestos tanto suyos como de sus dependientes inscritos en la HRA. Las HRA también son una forma en que una persona o una familia paguen gastos médicos, calificados sin haber tenido que pagar impuestos por esos fondos. El empleado no puede aportar a la HRA. Por favor, tenga en cuenta que: Los fondos disponibles para reembolso se limitan al saldo que tiene en su HRA.

Cómo usar la HRA



La Compañía aporta a su cuenta.

\$500 para empleados individuales | \$1,000 para una familia



Sus gastos son pagados por su HRA.

Su HRA paga sus montos elegibles de coseguro y deducible.



Usted puede utilizar su HRA para pagar gastos elegibles.

Estos pagos computan para su deducible.



Usted paga su deducible. Una vez que haya usado todos los fondos de su HRA, usted paga el resto del deducible de su bolsillo.



Después de eso, usted solo paga el coseguro. Una vez que haya cumplido con su deducible, usted comparte el costo de los gastos. Esto se llama coseguro.

Programa de compromiso con el bienestar

Carlisle se compromete a ayudarle a prevenir enfermedades y a lograr el bienestar. Participar en el Programa de bienestar le beneficia:

- » Física, mental y emocionalmente a través de la intervención temprana y el mantenimiento de las afecciones médicas.
- » Financieramente, permitiéndole ganar incentivos para ayudarle con su deducible y los gastos de bolsillo elegibles.
- » Financieramente manteniendo su parte de las cuotas más bajas al reducirse los costos de los reclamos médicos.

Los miembros cubiertos tendrán la oportunidad de ganar recompensas de hasta \$550 por actividades de bienestar.

Los incentivos por bienestar están disponibles para los empleados y sus cónyuges inscriptos únicamente en los planes HSA y HRA de Carlisle. Por favor, siga estos pasos:

Incentivos por bienestar de empleados y cónyuges ¹	
Por \$50	
Complete su evaluación médica	Regístrese en aetna.com o descargue la aplicación Aetna Health para completar su evaluación médica.
Por \$200 HSA / Crédito HRA por miembro	
Examen preventivo anual/de bienestar.	<ul style="list-style-type: none"> » Complete su examen preventivo anual/de bienestar con su prestador de atención primaria. » Ginecología/obstetricia, puede ser el médico de cuidado primario (PCP) del miembro; sin embargo, la visita al ginecólogo/obstetra debe ser codificada como preventiva y no como una visita "general" al consultorio para activar el incentivo. » Los miembros solo pueden ganar el incentivo de examen preventivo/de bienestar una vez al año. No se pueden ganar incentivos por hacerse dos exámenes anuales, el preventivo de adulto y el preventivo de salud femenina.
Incentivos adicionales por bienestar	
Evaluaciones preventivas correspondientes a edad/genero² \$100 crédito en HSA/HRA por prueba	Complete una de las acciones de incentivo a continuación: <ul style="list-style-type: none"> » Detección del cáncer de mama, incluida la mamografía de rutina (adulto) » Detección de cáncer de colon, incluida colonoscopia rutinaria, sigmoidoscopia rutinaria, cologuard » Detección de cáncer de cuello uterino » Detección de cáncer de próstata, específicamente la prueba del antígeno prostático específico (PSA)
Objetivos de salud personal \$100 de crédito a HSA/HRA por objetivo	Complete 3 llamadas con una enfermera de Aetna In Touch Care para trabajar en su objetivo de salud personal; 0 Trabaje en línea - Acumule 3000 corazones (moneda de entrenamiento digital del Centro de recompensas) completando acciones hacia su objetivo de salud personal. Cada acción que complete, como parte de las actividades de su Objetivo de salud, le hará ganar 20 corazones. Cuando complete un programa de entrenamiento digital, como parte de su educación para la salud, ganará 100. Los corazones se acumulan rápidamente. Llame a Aetna para obtener más detalles; 0 Complete 4 sesiones de entrenamiento gratuitos, personales, una vez al año con el médico de CVS Minute Clinic para dejar de fumar; 0 Inscríbase en el programa de maternidad de Aetna y complete la encuesta de riesgo del embarazo antes de la 16ª semana de gestación; 0 Complete la evaluación 4 semanas o 4 meses después del parto, administrada por una enfermera de Aetna Maternity.
Actividades Auto-reportadas \$50 de crédito a la HSA/HRA hasta \$100 por actividad	<ul style="list-style-type: none"> » ¿Pagó una cuota por un pasatiempo al aire libre, en persona/carrera o evento virtual, membresías de gimnasio? » Suscríbese a una aplicación de bienestar o a un curso en línea » Compra de dispositivos o equipos de salud/bienestar » Consultas odontológicas semestrales preventivas

¹ Los empleados del Plan médico de Carlisle no son elegibles para los incentivos por bienestar.

² Según lo define la Sociedad Americana del Cáncer y el Grupo de Tareas de Servicios Preventivos de los EE.UU.

FSA

Las Cuentas de Gastos Flexibles (FSA) le permiten pagar gastos elegibles utilizando dinero antes de impuestos. Usted debe usar todos los fondos que tenga en su cuenta para Atención Médica y/o Atención de Dependientes para el 31 de Diciembre del año del plan en curso o los dólares que le queden en su cuenta se perderán según las normativas del IRS.

Para empleados desvinculados: usted tendrá 90 días desde su fecha de desvinculación para enviar a Pay Flex todos los documentos de reembolso por servicios elegibles que haya recibido desde la fecha de inicio de su FSA hasta su fecha de desvinculación (a partir de su fecha de desvinculación, ya no podrá utilizar los fondos de la FSA para nada).

FSA para atención médica

Aporte hasta \$3,050 por año, antes de impuestos, para gastos médicos, de medicamentos con receta, odontológicos y oftalmológicos de bolsillo elegibles.

FSA para Atención de Dependientes

Aporte hasta \$5,000 al año (\$2,500 si está casado y declara sus impuestos por separado), antes de pagar impuestos, para pagar los gastos de guardería relacionados con el cuidado de personas mayores o niños dependientes que sean necesarios para que usted o su cónyuge puedan trabajar o asistir a la escuela a tiempo completo. Usted no puede usar su FSA para atención médica para pagar los gastos de atención de dependientes.



Beneficios de Transporte

Aporte \$300 por mes, antes de impuestos, para pagar sus gastos de transporte público o estacionamiento para ir al trabajo, incluidos pases, fichas o tarjetas de pasajes mensuales. Nota: No incluye gastos de transporte del cónyuge o dependientes del empleado.

Úselos o los perderá

Si usted no gasta todo el dinero de esta FSA para el **31 de diciembre**, los dólares no utilizados se perderán según las normativas del IRS para aportes antes de impuestos. la fecha límite de presentación para el año del plan anterior es el **31 de marzo**.

Lyra: Atención de la Salud Mental y Emocional

Conozca a Lyra, su beneficio de salud mental. Lyra le brinda atención de salud mental de alta calidad para usted - cuando y donde la necesite.

Ya sea que esté padeciendo agotamiento, ansiedad, depresión, estrés por cuidar de otra persona o estrés/trauma racial, o que desee mejorar sus relaciones, Lyra tiene una opción de atención que es la indicada para usted.

Ofrecemos a nuestros empleados y sus familiares elegibles acceso gratuito a consejeros con licencia a través de Lyra, nuestro Programa de Asistencia para Empleados (EAP), haya o no elegido otra cobertura de beneficios. Este programa de cobertura brinda apoyo, orientación, evaluaciones y derivaciones a servicios adicionales. Puede contactarse con Lyra Health para lo siguiente:

Problemas matrimoniales o familiares



Estrés, ansiedad o depresión



Abuso de sustancias

Problemas financieros



Padres de la tercera edad



Health Advocate

Navegar por el sistema de salud puede resultar difícil. Por esa razón, Carlisle le da acceso 24/7 a Health Advocate, un servicio de conserjería médica, sin costo alguno. Disponible para usted y sus familiares, incluidos padres y suegros, con este servicio podrá ahorrar tiempo y dinero.

Su Promotor Personal de la Salud puede:

- » Resolver problemas de reclamos de seguro y facturación
- » Apoyar cuestiones médicas, desde lo común hasta lo complejo
- » Responder preguntas sobre diagnósticos y tratamientos
- » Investigar opciones de tratamiento innovadoras
- » Encontrar los doctores correctos dentro de la red y concertar citas
- » Investigar y organizar segundas opiniones de expertos
- » Facilitar las autorizaciones previas y coordinar beneficios
- » Explicar los beneficios y su parte de los costos



Los Promotores Personales de la Salud son enfermeros registrados altamente capacitados respaldados por un equipo de directores médicos y expertos administrativos.

¡No olvide descargar la aplicación Health Advocate mobile!

Ayuda Gratis · Conveniente · para llevar a donde vaya

Su aplicación para móviles Health Advocate y el sitio web para afiliados ofrecen acceso con un solo clic a ayuda médica.

- » Consultar el estado de un caso en tiempo real; ver su historial de casos
- » Enviar y recibir mensajes seguros de su Promotor Personal de la Salud
- » Enviar una factura o reclamo

Acceda a Health Advocate

Número gratuito: 866-695-8622

Sitio web: www.healthadvocate.com

Correo electrónico: answers@HealthAdvocate.com

Health Advocate está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. El horario de atención es de 8 AM a 12 AM (medianoche) ET los días laborables. Las llamadas fuera del horario de atención son atendidas por el Promotor Personal de Salud de turno.



Planes Médicos Complementarios

Tal y como suena, los planes médicos complementarios pueden ayudarle a pagar los gastos en los que pueda incurrir tras una lesión accidental, enfermedad u hospitalización. Estos planes son 100% voluntarios y después de impuestos.

Seguro de accidentes

El seguro de accidentes cubre lesiones aplicables, como fractura de una extremidad, pérdida de una extremidad, quemaduras, laceraciones o parálisis. En caso de su muerte accidental, el seguro de accidentes paga el dinero a su beneficiario designado. Mientras que las compañías de seguros médicos pagan a su prestador o centro, el seguro de accidentes le paga a usted directamente.

Gastos Elegibles



Visitas a la sala de emergencias



Estadías en el hospital



Fracturas y dislocaciones



Exámenes médicos : incluyendo exámenes diagnósticos importantes.



Terapia física



Transporte y alojamiento: si usted está lejos de casa cuando ocurre el accidente

¿Cómo funciona el seguro de accidentes?

Las pólizas de seguro de accidentes pueden proporcionarle un pago de suma global directamente a usted que le ayudará a pagar una amplia gama de situaciones, incluyendo atención inicial, cirugía, transporte y alojamiento y atención de seguimiento. Así es como funciona:

- » Se paga un monto fijo en función de las lesiones que sufra y del tratamiento que reciba.
- » Los beneficios se le pagan directamente a usted (a menos que especifique lo contrario) y puede utilizarlos como considere oportuno.
- » La cobertura está disponible para usted, su cónyuge y los hijos dependientes que cumplan los requisitos.
- » No es necesario responder a preguntas médicas ni someterse a un examen físico para obtener la cobertura básica.
- » El seguro de accidentes cubre lesiones que se producen en el trabajo o fuera de él, a diferencia de la indemnización por accidente de trabajo, que solo cubre lesiones en el trabajo.
- » Los pagos de los beneficios no se ven reducidos por cualquier otro seguro que pueda tener con otras compañías.

Seguro de Enfermedades Graves

Aunque el seguro médico mayor es vital, no lo cubre todo. Si usted padece una enfermedad seria, como cáncer, accidente cerebrovascular o un ataque cardíaco, el seguro médico mayor no le proporcionará la cobertura que necesita. El seguro de enfermedades graves aliviará la tensión financiera y le ayudará a centrarse en su recuperación sin preocuparse

Ejemplos de Condiciones cubiertas



Ataque al corazón



Esclerosis múltiple



Derrame cerebral



Enfermedad de Alzheimer



Enfermedad de Parkinson



Falla orgánica importante

¿Cómo se paga un reclamo de enfermedad grave?

Tras contratar un seguro de enfermedades graves, si sufre una de las enfermedades graves cubiertas por su póliza, se le pagará una cantidad única. El pago irá directamente a usted en lugar de a un proveedor médico. El pago que reciba puede ser utilizado para muchas cosas, incluyendo:

- » Gastos de cuidado de niños
- » Gastos médicos
- » Gastos de viaje para usted y su familia
- » Pérdida de salario por ausencia en el trabajo
- » Gastos de manutención
- » Y más

Como el pago se le hace directamente a usted, el dinero puede usarse para cualquier cosa que necesite mientras se concentra en recuperarse.



Seguro de indemnización hospitalaria

El seguro de indemnización hospitalaria es un plan de seguro médico complementario diseñado para pagar los costos de una admisión hospitalaria que quizás no estén cubiertos por otro seguro. El plan cubre a los empleados que son admitidos en un hospital o ICU por una lesión o enfermedad cubierta.

Aún cuando su seguro médico cubre la mayoría de su hospitalización, igualmente podrá recibir pagos de su plan de seguro de indemnización hospitalaria para cubrir gastos extra mientras se recupera.

¿Cómo funciona el seguro de indemnización hospitalaria?

Usted paga cuotas mensuales por su plan de seguro de indemnización hospitalaria. Si es admitido en el hospital por una lesión o enfermedad, su plan de seguro de indemnización hospitalaria le realiza pagos en efectivo.

Y como los pagos van directamente a usted, puede usar estos fondos de emergencia para pagar costos no cubiertos por su seguro de salud, los deducibles, copagos y coseguros del seguro de salud, gastos de cuidado de niños mientras está en el hospital o gastos cotidianos mientras se recupera.

Ejemplos de Condiciones cubiertas



Admisión hospitalaria



Confinamiento Hospitalario



Cuidados intensivos hospitalarios



Cuidado quirúrgico



Diagnóstico médico e imágenes



Transporte y alojamiento





Plan Dental

El plan paga beneficios por servicios cubiertos de prevención y diagnóstico sin necesidad de que usted pague un deducible (ya sea que acuda a centros dentro o fuera de la red). **NOTA:** Usted puede elegir cobertura odontológica aunque tenga o no tenga cobertura médica.

		Plan Cigna DPPO de Carlisle	
		DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Deducible anual			
Individual		\$50	\$50
Familiar		\$150	\$150
Máximo de beneficios anuales			
Por persona		\$1,500 por persona (servicios básicos y mayores combinados)	
Usted Paga			
Atención preventiva			
Limpiezas, exámenes, radiografías dos veces al año		\$0	\$0
Tratamiento con flúor para menores de 19 años, uno por año		\$0	(Hasta el monto máximo permitido.)
Servicios básicos			
Rellenos, separadores, selladores, extracciones, cirugía bucal, endodoncia simple, periodoncia, exámenes de emergencia		20%*	20 %* o más si los cargos son más que los máximos permitidos.
Procedimientos Mayores			
Coronas, incrustaciones/recubrimientos, dentaduras postizas y puentes, reparaciones, implantes quirúrgicos		50%*	50 %* o más si los cargos son más que los máximos permitidos.
Ortodoncia			
Cargo de tratamiento de 24 meses. Se aplicarán cargos adicionales por las consultas y el tratamiento previos a la ortodoncia, registros y retenedores, y bandas.			
Niños y adultos		50 % hasta un beneficio máximo de por vida de \$1,500 por persona; deducible exento. Los prestadores fuera de la red pueden tener un costo mayor si los cargos exceden los máximos permitidos.	

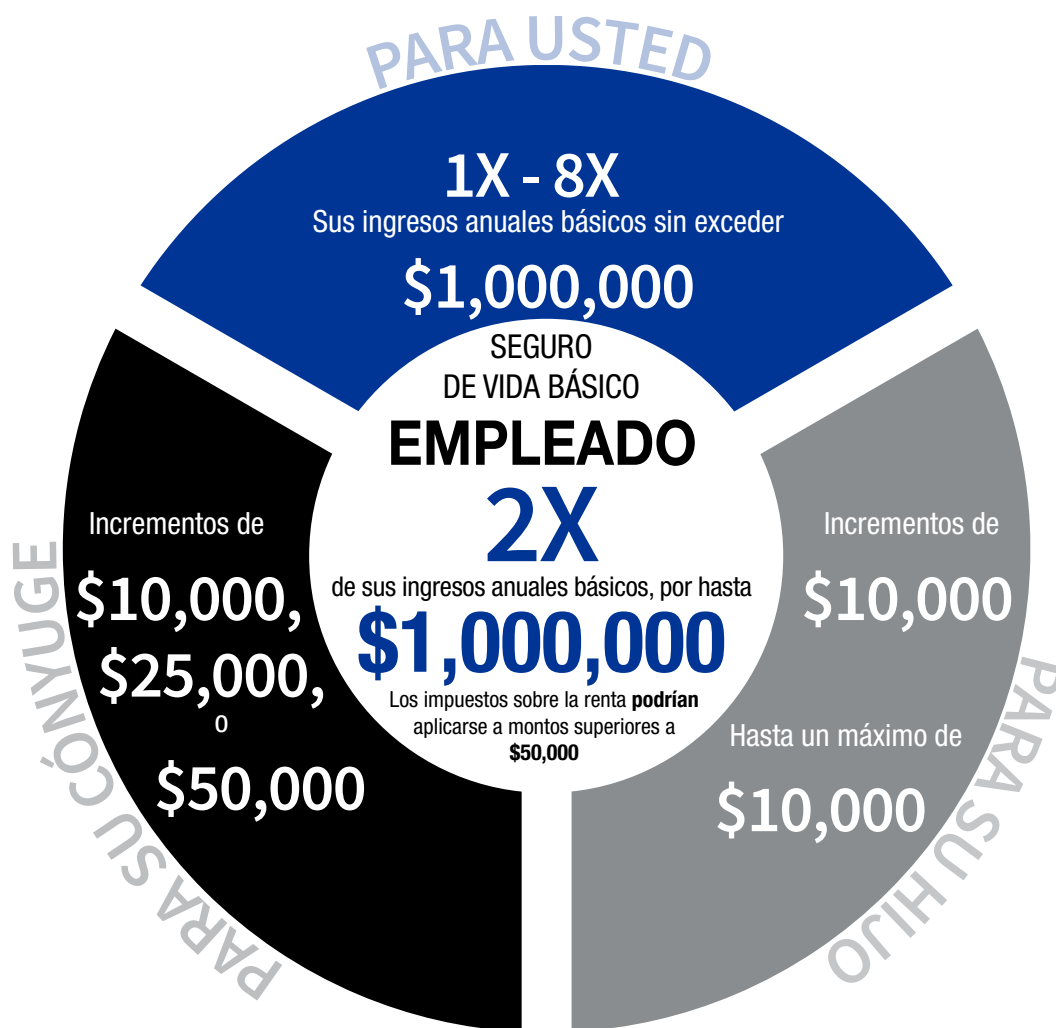
* Después del deducible

Plan Oftalmológico

Plan Oftalmológico de Carlisle con EyeMed		
	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Examen con dilatación según sea necesario	\$10 de copago	Hasta \$30
Imagen Retinal	Hasta \$39	N/A
Gafas	\$0 de copago; 20% de descuento sobre saldo por encima de la asignación de \$160	Hasta \$75
Lentes de plástico estándar		
Monofocales	\$15 de copago	Hasta \$25
Bifocales	\$15 de copago	Hasta \$40
Trifocales	\$15 de copago	Hasta \$55
Lentes progresivos estándar	\$80 de copago	Hasta \$40
Lentes progresivos premium	\$80 de copago +80% del cargo menos \$120 de la asignación	Hasta \$40
Lenticular	\$15 de copago	Hasta \$55
Opciones de lentes (pagadas por usted y añadidas al precio base de la lente)		
Tratamiento UV	\$15 de copago	N/A
Tinte (completo y degradado)	\$15 de copago	N/A
Recubrimiento de plástico estándar antirrayaduras	\$0 de copago	Hasta \$11
Policarbonato estándar	\$40 de copago	N/A
Policarbonato estándar - Menores de 19 años	\$0 de copago	Hasta \$28
Recubrimiento estándar antirreflejo	\$45 de copago	N/A
Polarizado	20% de descuento sobre el precio de mercado	N/A
Otros accesorios y servicios	20% de descuento sobre el precio de mercado	N/A
Adaptación de lentes de contacto y seguimiento (disponible una vez que se haya completado un examen oftalmológico completo)		
Estándar	Hasta \$40	N/A
Superior	10 % de descuento sobre el precio de mercado	N/A
Lentes de contacto		
Convencionales	\$0 de copago; 15% de descuento sobre saldo por encima de la asignación de \$160	Hasta \$120
Desechables	\$0 de copago; + saldo por encima de la asignación de \$160	Hasta \$120
Medicamento Necesario	\$0 de copago, pagado en su totalidad	Hasta \$200
Corrección de visión con láser		
LASIK o PRK de U.S. Laser Network	15 % de descuento sobre el precio de mercado o 5 % de descuento del precio de promoción	N/A
Frecuencia		
Examen	Una vez cada 12 meses según la frecuencia de los beneficios (año de calendario)	
Servicios oftalmológicos de diagnóstico para diabéticos		
DIABÉTICOS TIPO 1 Y 2; FRECUENCIA: HASTA (2) SERVICIOS POR AÑO DE BENEFICIOS		
Visita a consultorio	Cubierto al 100%	Hasta \$77
Imágenes de la retina	Cubierto al 100%	Hasta \$50
Oftalmoscopia extendida	Cubierto al 100%	Hasta \$15
Gonioscopia	Cubierto al 100%	Hasta \$15
Láser de exploración	Cubierto al 100%	Hasta \$33

Seguro de Vida y AD&D

El seguro de vida y muerte accidental y pérdida de miembros (AD&D) paga un beneficio de suma global a su(s) beneficiario(s) para ayudarle a hacer frente a los gastos en caso de que usted fallezca o en el caso de una lesión accidental cubierta. El seguro básico de vida es gratuito y usted tiene la opción de contratar cobertura adicional para sus dependientes.



Emisión garantizada y Constancia de asegurabilidad (EOI)

Cuando sea elegible por primera vez (a la hora de la contratación) para el Seguro de vida y AD&D voluntario, podrá comprar hasta 8 veces su salario anual básico, hasta un máximo de \$1,000,000. Cualquier monto supere 5 veces su salario anual o más de \$750,000 está sujeto a EOI. Si usted elige cobertura después de su inscripción inicial, necesitará proporcionar EOI antes de que cualquier monto sea efectivo. Si no inscribe a su cónyuge cuando es elegible por primera vez, y la cobertura se solicita en una fecha posterior, su cónyuge deberá proporcionar una EOI para ser elegible para cualquier monto de cobertura. No hay ningún requisito de EOI para los niños.

Protección de ingresos por discapacidad

Si sufre alguna discapacidad durante un período de tiempo extendido y no puede trabajar, no hay beneficio más importante para su seguridad financiera que la protección de ingresos por discapacidad. Carlisle proporciona cobertura por incapacidad a todos los empleados regulares, a tiempo completo, sin costo alguno para usted.

Discapacidad a Corto Plazo (STD)

Los beneficios por Discapacidad de corto plazo están disponibles cuando debe ausentarse del trabajo debido a una enfermedad o lesión no relacionada con el trabajo.

	Empleados por hora	Empleados asalariados
Elegible para los beneficios	Inmediatamente	Inmediatamente
Los beneficios comienzan » Accidente u hospitalizado » Enfermedad	El primer día de la discapacidad Después de 3 días hábiles	Primer día de discapacidad después de 3 días hábiles
Beneficios mientras tiene la discapacidad	75 % hasta 26 semanas	100% por 8 semanas 75% hasta 18 semanas

Los beneficios de continuación de salario se compensan con cualquier beneficio de discapacidad del estado o por discapacidad del Seguro Social. Prudential ayudará con la información para presentar y procesar las solicitudes de reembolso por discapacidad de corto plazo/largo plazo, licencia médica familiar u otras necesidades de licencia en www.prudential.com/mybenefits (haga clic en "Reclamos y Ausencias") o llame al 877-367-7781.

Seguro de discapacidad a largo plazo (LTD)

El Seguro de discapacidad de largo plazo (LTD) cubre el 60% de sus ingresos anuales básicos hasta un máximo de \$25,000/mes. El beneficio comienza después de 180 días de discapacidad y los pagos durarán mientras esté discapacitado, según su edad cuando comience la discapacidad. Ciertas exclusiones y limitaciones de condiciones preexistentes pueden aplicar. Prudential ayudará con la información para presentar y procesar solicitudes de reembolso por discapacidad de incapacidad de corto plazo/largo plazo, licencia médica familiar u otras necesidades de licencia en www.prudential.com/mybenefits o llamando al 877-367-7781.

Licencia por paternidad/maternidad Parental Remunerada (PPL)

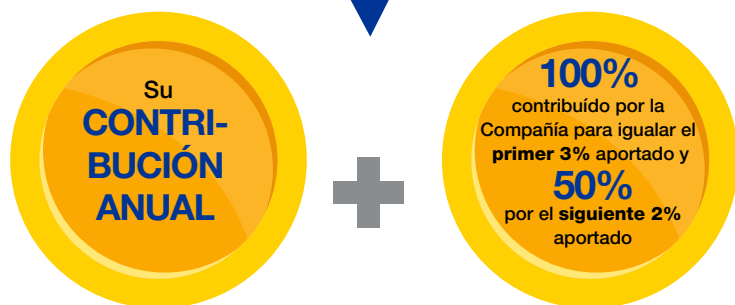
Los empleados elegibles reciben hasta dos semanas de Licencia por paternidad/maternidad remunerada (PPL) después del nacimiento, adopción o colocación en hogar de acogida de un niño. La PPL debe tomarse dentro de los 12 meses del nacimiento, adopción o colocación en hogar de acogida, y se puede tomar en uno o dos bloques continuos de tiempo. La PPL complementa cualquier programa estatal de beneficios para brindarle el 100% de su paga básica durante un máximo de dos semanas. Prudential puede asistir con información de elegibilidad para la PPL y el STD. Por favor, contáctese con Prudential en www.prudential.com/mybenefits o llame al 877-367-7781.

Planificación para la Jubilación

Una de las mejores maneras de garantizar una jubilación segura es empezar a ahorrar lo antes posible. Nuestro plan de ahorro 401(k) le permite ahorrar para el momento de su jubilación antes de impuestos. Usted puede comenzar a aportar al plan en cualquier momento una vez que sea elegible y comience a hacer aportes a su cuenta a través de deducciones convenientes de nómina.

Aumente sus ahorros para la jubilación con un 401(k)

Depósitos con dólares ANTES DE IMPUESTOS



no puede exceder el límite del IRS de

\$20,500



El CEISP es un plan Safe Harbor. Los aportes Safe Harbor quedan totalmente a su nombre de inmediato pero están sujetos a restricciones de retiro temprano.

Si tiene 50 años o más, puede hacer un aporte adicional de \$6,500

Elegibilidad

Usted es elegible para el CEISP si es empleado a tiempo completo. Principal, nuestro proveedor del servicio de CEISP, tiene su información de elegibilidad. Los empleados de medio tiempo son elegibles si Carlisle les paga 1000 horas o más durante el primer año completo de empleo o cualquier año de calendario.

Adquisición de Derechos

Usted siempre queda 100% como propietario de en sus aportes antes de impuestos, Roth y después de impuestos; los fondos que haya trasladado de otro plan admitido y la renta generada sobre esos fondos. También queda 100% como propietario en los aportes de la compañía hechos a partir del 1 de enero de 2007.

Aportes del empleado

Si no elige un porcentaje de aplazamiento y no opta por excluirse del CEISP dentro de su periodo de elegibilidad inicial, será inscripto automáticamente con una elección de aplazamiento del 3%. Usted puede aportar entre 1% y 50% de su salario elegible antes de impuestos, y/o como aporte Roth, por hasta el límite anual del IRS. También puede aportar después de impuestos, pero el porcentaje total de aplazamiento antes de impuestos + Roth + después de impuestos no puede ser superior a 50%.



Plan de compra de acciones para empleados

El Plan de Compra de Acciones para Empleados ("el Plan") ofrece a los empleados elegibles la oportunidad de comprar acciones ordinarias de Carlisle Companies Incorporated ("Carlisle" o la "Compañía") a precio de mercado. Los aportes son estrictamente voluntarios y se hacen a través de deducción por medio de nómina.

Beneficios del plan

El Plan prevé compras mensuales y usted puede inscribirse en cualquier momento, y dicha inscripción se hará efectiva en el siguiente período de pago disponible ("Período de compra"). Su participación puede retrasarse en función del momento del ciclo de la nómina.

Las deducciones salariales se acumularán en una cuenta sin intereses mantenida por AST Equity Plan Solutions, el Administrador del Plan. El saldo acumulado se utilizará para comprar acciones en la fecha de inversión.

No se cobrará ninguna comisión de corretaje por estas transacciones de compra. Puede comunicarse con AST Equity Plan Solutions llamando al 866-709-7704 o accediendo a su cuenta en www.astepsdiv.com.

Participación

La participación es opcional. Una vez que se inscribe, el monto del aporte que selecciona se deduce automáticamente de su paga en cada período de pago. Puede aportar con cualquier monto de dinero igual o superior a \$10.

Compra de acciones

Al final de cada período de compra, el saldo de su cuenta se utilizará para comprar acciones ordinarias de Carlisle a precio de mercado. Todas las acciones compradas serán mantenidas a su nombre por el Administrador del Plan.

Venta de acciones

Usted puede vender sus acciones en cualquier momento sujeto a los términos del Plan. Las consecuencias fiscales de la venta de sus acciones dependen del tiempo que las tenga en su poder.

Cuotas del empleado

Costos del plan médico

CUOTAS MENSUALES	HSA de Carlisle y planes médicos de Carlisle		Plan HRA de Carlisle	
	USTED PAGA	CARLISLE PAGA	USTED PAGA	CARLISLE PAGA
Solo Empleado	\$88.42	\$558.30	\$146.02	\$579.95
Empleado + Cónyuge	\$218.44	\$1,139.70	\$343.44	\$1,181.14
Empleado + Hijo(s)	\$197.63	\$1,031.15	\$310.74	\$1,068.63
Familia	\$312.04	\$1,628.12	\$490.63	\$1,687.33

Costos del plan Dental

Cuotas mensuales	Usted Paga	Carlisle paga
Empleado	\$11.12	\$15.42
Empleado + Cónyuge	\$22.23	\$30.83
Empleado + Hijo(s)	\$23.34	\$32.37
Empleado + Familia	\$34.45	\$47.79

Costos del plan Oftalmológico

Cuotas mensuales	Usted Paga
Empleado	\$7.01
Empleado + Cónyuge	\$13.32
Empleado + Hijo(s)	\$14.02
Empleado + Familia	\$21.57

Cuotas para el Seguro de Vida y AD&D

EDAD	Costo mensual por empleado por cada \$1,000		Costo mensual por cónyuge por cada \$1,000
	NO FUMADOR	FUMADOR	
<25	\$0.060	\$0.060	\$0.060
25 – 29	\$0.060	\$0.060	\$0.060
30 – 34	\$0.080	\$0.090	\$0.080
35 – 39	\$0.090	\$0.111	\$0.090
40 – 44	\$0.120	\$0.180	\$0.128
45 – 49	\$0.214	\$0.317	\$0.240
50 – 54	\$0.351	\$0.514	\$0.377
55 – 59	\$0.548	\$0.822	\$0.599
60 – 64	\$0.882	\$1.310	\$0.967
65 – 69	\$1.370	\$2.020	\$1.489
70 – 74	\$2.500	\$3.689	\$2.714
75 – 79	\$3.946	\$5.855	\$4.280

Costo de AD&D de empleado/Costo de AD&D de familia	\$0.033 por cada \$1,000 / \$0.035 por cada \$1,000
Costo de seguro de vida de hijo/Costo de AD&D de hijo	\$0.08 por cada \$1,000

Costo para el Seguro de Accidentes

Cuota mensual del seguro de accidentes	
Solo empleado	\$7.07
Empleado + Cónyuge	\$10.54
Empleado + Hijo(s)	\$10.58
Empleado + Familia	\$16.66

Costos para el Seguro de Indemnización Hospitalaria

Cuota mensual del Seguro de Indemnización Hospitalaria	
Solo empleado	\$11.69
Empleado + Cónyuge	\$25.71
Empleado + Hijo(s)	\$19.41
Empleado + Familia	\$35.30

Costo para el Seguro de Enfermedades Graves

EDAD	Cuota mensual por cada \$10,000	
	EMPLEADO	CÓNYUGE
<25	\$2.617	\$2.460
25-29	\$3.400	\$3.322
30-34	\$4.226	\$4.423
35-39	\$5.543	\$5.720
40-44	\$6.775	\$7.137
45-49	\$10.630	\$10.517
50-54	\$16.148	\$14.967
55-59	\$24.339	\$21.122
60-64	\$34.093	\$28.689
65-69	\$51.750	\$42.972
70-74	\$62.729	\$52.245
75-79	\$62.731	\$52.253
80-84	\$62.745	\$52.248
Más de 85	\$62.758	\$52.249
Hijo menor de 27 años	\$2.829	



Avisos importantes

Aviso importante para los empleados de Carlisle sobre la cobertura acreditable de medicamentos con receta y Medicare

El propósito de este aviso es informarle que la siguiente cobertura de medicamentos con receta en los planes médicos de Carlisle pagaría, en promedio, al menos tanto como pagará la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare en 2023. Esto se conoce como "cobertura acreditable".

Por qué es importante. Si usted o su(s) dependiente(s) cubierto(s) está(n) inscripto(s) en cualquier cobertura de medicamentos con receta durante 2023 que se menciona en esta notificación y está(n) o pasará(n) a estar cubiertos por Medicare, puede decidir inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare más adelante y no estar sujeto a un recargo por inscripción tardía, siempre y cuando haya tenido cobertura acreditable dentro de los 63 días de su inscripción en el plan de medicamentos con receta de Medicare. Debe guardar este aviso con sus registros importantes.

Si usted o sus familiares no están actualmente cubiertos por Medicare y no lo estarán en los próximos 12 meses, este aviso no se aplica a usted.

Lea el siguiente aviso con atención. Tiene información sobre la cobertura de medicamentos con receta con Carlisle y la cobertura de medicamentos con receta disponible para las personas con Medicare. También le indica dónde encontrar más información para ayudarle a tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos con receta.

Aviso de cobertura acreditable

Es posible que haya oído hablar de la cobertura de medicamentos de Medicare (llamada Parte D) y se haya preguntado cómo le afectará. La cobertura de medicamentos con receta está disponible para todos los que tienen Medicare a través de los planes de medicamentos recetados de Medicare. Todos los planes de medicamentos recetados de Medicare proporcionan al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también ofrecen más cobertura por una cuota mensual más alta.

Las personas pueden inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare cuando sean elegibles por primera vez, y cada año desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Las personas que dejan la cobertura del empleador/sindicato pueden ser elegibles para un Período de Inscripción Especial de Medicare.

Si está cubierto por uno de los planes de medicamentos con receta de Carlisle, le interesará saber que la cobertura de medicamentos con receta de los planes es, en promedio, al menos tan buena como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare para 2023. Esto se llama cobertura acreditable. La cobertura de estos planes le ayudará a evitar una multa por inscripción tardía en la Parte D si usted es o llega a ser elegible para Medicare, y luego decide inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare.

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare y es un empleado activo o familiar de un empleado activo, también puede continuar con la cobertura de su empleador. En este caso, el plan de Carlisle seguirá pagando la prima primaria o secundaria como lo hacía antes de que usted se inscribiera en un plan de medicamentos con receta de Medicare. Si renuncia o abandona la cobertura de Carlisle, Medicare será su único pagador. Puede inscribirse en el plan de Carlisle en la inscripción anual o si tiene una inscripción especial u otro evento habilitante, o si pasa a ser recientemente elegible para inscribirse en el plan de Carlisle a mitad de año, suponiendo que siga siendo elegible.

Debe saber que, si renuncia o deja la cobertura con Carlisle y pasa 63 días o más sin cobertura acreditable de medicamentos con receta (una vez que termine su período de inscripción en Medicare aplicable), su cuota mensual de la Parte D aumentará al menos 1% por mes por cada mes que no haya tenido cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 19 meses sin cobertura, la cuota de su plan de medicamentos con receta de Medicare siempre será por lo menos 19% más alta que la que paga la mayoría de las personas. Tendrá que pagar esta cuota más alta mientras tenga la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Además, es posible que tenga que esperar hasta el siguiente octubre para inscribirse en la Parte D.

Usted puede recibir esta notificación en otros momentos en el futuro, como por ejemplo, antes del próximo período en que pueda inscribirse en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare, si esta cobertura de Carlisle cambia, o a petición suya.

Para obtener más información sobre sus opciones de cobertura de medicamentos con receta de Medicare

En el manual Medicare y Usted encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos con receta. Los participantes de Medicare recibirán una copia del manual por correo cada año de Medicare. También puede ser contactado directamente por los planes de medicamentos con receta de Medicare. A continuación, le indicamos cómo obtener más información sobre los planes de medicamentos con receta de Medicare:

- » Visite www.medicare.gov para obtener ayuda personalizada.
- » Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (vea una copia del manual Medicare y Usted para obtener el número de teléfono) o visite el programa en línea en <https://www.shiptacenter.org/>.
- » Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de dispositivos TTY deben llamar al 1-877-789-2583.

Para las personas con ingresos y recursos limitados, se dispone de ayuda adicional para pagar un plan de medicamentos con receta de Medicare. La información sobre esta ayuda adicional está disponible en la Administración del Seguro Social (SSA). Para obtener más información sobre esta ayuda adicional, visite SSA en línea en www.socialsecurity.gov o llame al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Recuerde: guarde este aviso. Si se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare después de que termine el período de inscripción en Medicare que le corresponde, es posible que tenga que presentar una copia de este aviso cuando se inscriba en un plan de la Parte D para demostrar que no está obligado a pagar un monto mayor del costo de la Parte D.

Para obtener más información sobre este aviso o su cobertura de medicamentos con receta, póngase en contacto con:

Departamento de Beneficios Corporativos en Carlisle
16430 N. Scottsdale Road, Suite 400
Scottsdale, AZ 85254
(O) 480-781-5000
benefits@carlisle.com

Aviso de derechos de inscripción especial para cobertura del plan médico

Como usted sabe, si ha rechazado la inscripción en el plan médico de Carlisle para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a otra cobertura de seguro de salud, usted o sus dependientes pueden inscribirse en algunas coberturas de estos planes sin esperar al siguiente período de inscripción abierta, siempre que usted solicite la inscripción dentro de los 31 días después de que termine su otra cobertura. Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, puede inscribirse usted y sus dependientes elegibles, siempre que solicite la inscripción dentro de los 31 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Carlisle también permitirá una oportunidad de inscripción especial si usted o sus dependientes elegibles:

- » Pierden la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) porque ya no es elegible.
- » Se vuelve elegible para el programa de asistencia de cuotas del estado bajo Medicaid o CHIP.

Para estas oportunidades de inscripción, tendrá 60 días (y no 31) a partir de la fecha del cambio de elegibilidad de Medicaid/CHIP para solicitar la inscripción en el plan médico grupal de Carlisle. Tenga en cuenta que esta nueva extensión de 60 días no se aplica a las oportunidades de inscripción que no sean debidas al cambio de elegibilidad de Medicaid/CHIP.

Nota: Si su dependiente se vuelve elegible para un derecho de inscripción especial, usted puede agregar al dependiente a su cobertura actual o cambiar a otro plan médico.

Aviso de la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer

Si le realizaron o le van a realizar una mastectomía, puede tener derecho a determinados beneficios en el marco de la Ley de Salud de la Mujer y Derechos de los Pacientes con Cáncer (WHCRA) de 1998. Para las personas que reciben beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se suministrará de la manera determinada en consulta con el médico tratante y el paciente para:

- » todas las etapas de reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía;
- » Cirugía y reconstrucción de la otra mama para lograr un aspecto simétrico;
- » prótesis; y
- » Tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema.

Estos beneficios se ofrecerán sujetos a los mismos deducibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados en el marco de este plan. Si desea obtener más información sobre los beneficios de WHCRA, llame al administrador de su plan al (O) 480-781-5000

Aviso de la Ley de Protección de la Salud de los Recién Nacidos y las Madres

Los planes de salud grupales y las aseguradoras de salud generalmente no pueden, según la ley federal, restringir los beneficios de una estancia hospitalaria de cualquier duración relacionada con el parto para la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal o menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal en general no prohíbe al prestador que atiende a la madre o al recién nacido, tras consultar con la madre, dar de alta a la madre o a su hijo antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, los planes y las aseguradoras no pueden, bajo la ley federal, exigir que un prestador obtenga la autorización del plan o la aseguradora para indicar una estancia hospitalaria no superior a las 48 horas (o 96 horas). Si desea obtener más información sobre los beneficios de maternidad, llame al administrador de su plan al (O) 480-781-5000.

Asistencia para el pago de cuotas 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 de salud de su empleador, su estado podría tener un programa de asistencia para el pago de cuotas que puede ayudar a pagar la cobertura, utilizando fondos de sus programas de Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP usted no será elegible para estos programas de asistencia para el pago de cuotas pero es posible que pueda contratar cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros de Salud (Health Insurance Marketplace). Para obtener más información, visite www.healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes ya se inscribieron en Medicaid o CHIP, y viven en uno de los Estados que aparecen a continuación, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su Estado para averiguar si tiene disponible asistencia para el pago de cuotas.

Si usted o sus dependientes NO están actualmente inscritos en Medicaid o CHIP, y cree que usted o alguno de sus dependientes podría ser elegible para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su Estado o marque 1-877-KIDS NOW o visite www.insurekidsnow.gov para averiguar cómo solicitarlo. Si usted califica, pregunte a su estado si tiene un programa que pueda ayudarle a pagar las cuotas de un plan patrocinado por un empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir asistencia para el pago de 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 aún no lo estuviere. Esto

se llama oportunidad de “inscripción especial” y usted debe solicitar cobertura dentro de los 60 días después de haberse determinado su elegibilidad para recibir asistencia para el pago de cuotas. 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 usted vive en uno de los siguientes estados, podría ser elegible para recibir asistencia para el pago de las cuotas del plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de julio de 2022. Para obtener más información sobre elegibilidad, póngase en contacto con su Estado –

Alabama – Medicaid
Sitio web: http://myalhipp.com/ Teléfono: 1-855-692-5447
Alaska – Medicaid
El Programa de Pago de Primas del Seguro de Salud de AK Sitio web: http://myakhipp.com/ Teléfono: 1-866-251-4861 Correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad para Medicaid: http://dhss.alaska.gov/dpa/Pages/medicaid/default.aspx
Arkansas – Medicaid
Sitio web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (1-855-692-7447)
California – Medicaid
Sitio web: Programa de Pago de Primas del Seguro Médico (Health Insurance Premium Payment (HIPP)) http://dhcs.ca.gov/hipp Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov
Colorado – Medicaid y CHIP
Sitio web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/ Centro de contacto para afiliados de Health First Colorado: 1-800-221-3943/Retransmisión del estado 711 CHIP+: https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus Servicio de Atención al Cliente de CHIP+: 1-800-359-1991/ Retransmisión del estado 711 Programa de Compra de Seguros Médicos (Health Insurance Buy-In Program (HIBI)): https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/health-insurance-buy-program Servicio de Atención al Cliente de HIBI: 1-855-692-6442
Florida – Medicaid
Sitio web: https://www.flmedicaidprecovery.com/flmedicaidprecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268
Georgia – Medicaid
Sitio web de HIPP en GA: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162, pulse 1 Sitio web de GA CHIPRA: https://medicaidgeorgiagov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Teléfono: (678) 564-1162, pulse 2

Indiana – Medicaid
Plan Healthy Indiana para adultos de bajos ingresos de 19 a 64 años Sitio web: http://www.in.gov/fssa/hip/ Teléfono: 1-877-438-4479 Todos los demás planes Medicaid Sitio web: https://www.in.gov/medicaid/ Teléfono: 1-800-457-4584
Iowa – Medicaid y CHIP
Sitio web de Medicaid: https://dhs.iowa.gov/ime/members Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366 Sitio web de Hawki: http://dhs.iowa.gov/Hawki Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563 Sitio web de HIPP: https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp Teléfono de HIPP: 1-888-346-9562
Kansas – Medicaid
Sitio web: https://www.kancare.ks.gov/ Teléfono: 1-800-792-4884
Kentucky – Medicaid
Sitio web del Programa de Pago de Cuotas del Seguro Médico Integrado de Kentucky (KI-HIPP): https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Teléfono: 1-855-459-6328 Correo electrónico: KIHIPPROGRAM@ky.gov Sitio web de KCHIP: https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-877-524-4718 Sitio web de Medicaid de Kentucky: https://chfs.ky.gov
Luisiana – Medicaid
Sitio web: www.medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)
Maine – Medicaid
Sitio web de inscripción: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Servicio de retransmisión de Maine 711 Sitio web de Private Health Insurance Premium (Cuotas de seguros privados de salud): https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: -800-977-6740. TTY: Retransmisión de Maine 711
Massachusetts – Medicaid
Sitio web: https://www.mass.gov/info-details/masshealth-premium-assistance-pa Teléfono: 1-800-862-4840
Minnesota – Medicaid
Sitio web: https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/healthcare/health-care-programs/programs-and-services/medical-assistance.jsp Teléfono: 1-800-657-3739
Missouri – Medicaid
Sitio web: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005
Montana – Medicaid
Sitio web: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084

Nebraska – Medicaid
Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178
Nevada – Medicaid
Sitio web de Medicaid: http://dhcfp.nv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900
Nuevo Hampshire - Medicaid
Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Teléfono: 603-271-5218 Número gratuito para el programa HIPP: 1-800-852-3345, ext. 5218
Nueva Jersey – Medicaid y CHIP
Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Teléfono de Medicaid: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710
Nueva York – Medicaid
Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831
Carolina del Norte – Medicaid
Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov/ Teléfono: 919-855-4100
Dakota del Norte – Medicaid
Sitio web: http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/ Teléfono: 1-844-854-4825
Oklahoma – Medicaid
Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742
Oregón – Medicaid
Sitio web : http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx http://www.oregonhealthcare.gov/index-es.html Teléfono: 1-800-699-9075
Pensilvania – Medicaid
Sitio web: https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Program.aspx Teléfono: 1-800-692-7462
Rhode Island – Medicaid y CHIP
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
Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820
Dakota del Sur - Medicaid
Sitio web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059
Texas – Medicaid
Sitio web: http://gethiptexas.com/ Teléfono: 1-800-440-0493
Utah – Medicaid y CHIP
Sitio web de Medicaid: https://medicaid.utah.gov/ Sitio web de CHIP: http://health.utah.gov/chip Teléfono: 1-877-543-7669

Vermont– Medicaid
Sitio web: http://www.greenmountaincare.org/ Teléfono: 1-800-250-8427
Virginia – Medicaid
Sitio web: https://www.coverva.org/en/famis-select https://www.coverva.org/en/hipp Teléfono de Medicaid: 1-800-432-5924 Teléfono de CHIP: 1-800-432-5924 Correo electrónico: HIPPcustomerservice@dmas.virginia.gov
Washington – Medicaid
Sitio web: https://www.hca.wa.gov/ Teléfono: 1-800-562-3022
Virginia Occidental – Medicaid
Sitio web: https://dhhr.wv.gov/bms/ http://mywvhipp.com/ Medicaid Teléfono: 304-558-1700 Teléfono gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)
Wisconsin – Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002
Wyoming – Medicaid
Sitio web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Teléfono: 1-800-251-1269

Para ver si algún otro estado ha añadido un programa de asistencia con las cuotas desde el 31 de julio de 2021, o para obtener más información sobre los derechos de inscripción especial, póngase en contacto con cualquiera de los siguientes:

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

Departamento de Salud y Recursos Humanos de EE. UU.
Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
www.cms.hhs.gov
1-877-267-2323, Menú Opción 4, Ext. 61565

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites

De conformidad con la Ley para la Reducción de Trámites Burocráticos de 1995 (Pub. L. 104-13) (Paperwork Reduction Act, PRA), ninguna persona está obligada a responder a un pedido de información a menos que dicho pedido exhiba un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El Departamento indica que un organismo Federal no puede realizar ni patrocinar una reunión de información a menos que esté aprobada por la OMB en virtud de la PRA, y cuente con un número de control actualmente válido de la OMB, y el público no está obligado a responder ante una reunión de información a menos que cuente con un número de control válido de la OMB. Consulte 44 U.S.C. 3507. Además, y sin perjuicio de otras disposiciones legales, ninguna persona podrá ser sancionada

por no cumplir con un pedido de información si el pedido de información no exhibe un número de control OMB válido. Consulte 44 U.S.C. 3512.

El tiempo consumido en responder a este pedido de información se estima en un promedio de aproximadamente siete minutos por persona. Se aconseja a los interesados que envíen comentarios sobre esta estimación de tiempo o sobre cualquier otro aspecto de este pedido de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, al Departamento de Trabajo de los EE. UU., Administración de Seguridad de los Beneficios de los Empleados, Oficina de Política e Investigación; Para la atención de: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210 o envíe un correo electrónico a ebsa.opr@dol.gov y haga referencia al Número de Control de la OMB 1210-0137.

Aviso de Privacidad de HIPAA de Carlisle

Revise cuidadosamente este aviso. Describe cómo se puede usar y revelar la información médica sobre usted y cómo puede tener acceso a esta información.

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA) impone numerosos requisitos sobre el uso y la divulgación de información médica individual por parte de los planes médicos de Carlisle. Esta información, conocida como información médica protegida, incluye casi toda la información médica identificable individualmente en poder de un plan, ya sea recibida por escrito, en un medio electrónico o como una comunicación verbal. En este aviso se describen las prácticas de privacidad de estos planes: Plan médico de Carlisle, Plan odontológico de Carlisle Corporation y Plan oftalmológico de Carlisle. Los planes cubiertos por esta notificación pueden compartir información médica entre sí para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. En este aviso, estos planes se denominan colectivamente el Plan, a menos que se especifique lo contrario.

Los deberes del Plan con respecto a la información médica sobre usted

La ley exige que el Plan mantenga la privacidad de su información médica y que le proporcione este aviso de los deberes legales y las prácticas de privacidad del Plan con respecto a su información de salud. Si participa en una opción de plan asegurado, recibirá una notificación directamente de la aseguradora. Es importante señalar que estas reglas se aplican al Plan, no a Carlisle como empleador; así es como funcionan las reglas de la HIPAA. Pueden aplicarse políticas diferentes a otros programas de Carlisle o a datos no relacionados con el Plan.

Cómo el Plan puede usar o divulgar su información médica

Las reglas de privacidad generalmente permiten el uso y la divulgación de su información médica sin su permiso (conocido como autorización) para propósitos de tratamiento de atención médica, actividades de pago y operaciones de atención médica. Aquí hay algunos ejemplos de lo que eso podría implicar:

- » **El tratamiento** incluye el suministro, la coordinación o la gestión de la atención médica por parte de uno o más prestadores de atención médica o médicos. El tratamiento también puede incluir la coordinación o la gestión de la atención entre un prestador y un tercero, y la consulta y las remisiones entre prestadores. Por ejemplo, el Plan puede compartir su información médica con los médicos que lo están tratando.
- » **El pago incluye** las actividades de este Plan, de otros planes o de los prestadores para obtener las cuotas, hacer determinaciones de cobertura y proporcionar el reembolso de la atención médica. Esto puede incluir la determinación de la elegibilidad, el examen de los servicios para determinar su necesidad o idoneidad médica, la participación en actividades de gestión de la utilización, la gestión de reclamaciones y la facturación, así como la realización de funciones del plan "entre bastidores", como el ajuste de riesgos, el cobro o el reaseguro. Por ejemplo, el Plan puede compartir información sobre su cobertura o los gastos en los que ha incurrido con otro plan médico para coordinar el pago de los beneficios.
- » **Las operaciones de atención médica** incluyen actividades de este Plan (y, en circunstancias limitadas, de otros planes o prestadores), como programas de evaluación de bienestar y riesgos, actividades de evaluación y mejora de la calidad, servicio al cliente y resolución de quejas internas. Las operaciones de atención médica también incluyen la evaluación de prestadores; la realización de actividades de acreditación, capacitación y verificación de credenciales; la suscripción o clasificación de cuotas; la organización de actividades de revisión y auditoría médicas; y la planificación y el desarrollo de negocios. Por ejemplo, el Plan puede utilizar la información sobre sus reclamos para auditar a los terceros que aprueban el pago de los beneficios del Plan.

La cantidad de información médica utilizada, revelada o solicitada será limitada y, cuando sea necesario, se restringirá al mínimo necesario para lograr los fines previstos, tal como se define en las normas de la HIPAA. Si el Plan utiliza o divulga la Información Protegida de Salud (PHI) para fines de suscripción, el Plan no utilizará ni divulgará la PHI que es su información genética para tales fines.

Cómo el Plan puede compartir su información médica con Carlisle

El Plan, o su asegurador de salud o HMO, puede revelar su información médica sin su autorización escrita a Carlisle para propósitos de administración del plan. Carlisle puede necesitar su información médica para administrar los beneficios del Plan. Carlisle se compromete a no utilizar o divulgar su información médica más allá de lo permitido o requerido por los documentos del Plan y por la ley. El personal de beneficios es el único empleado de Carlisle que tendrá acceso a su información médica para las funciones de administración del plan.

Así es como la información adicional puede ser compartida entre el Plan y Carlisle, como lo permiten las reglas de la HIPAA:

- » El Plan, o su asegurador o la HMO, podrán divulgar "información resumida sobre la salud" a Carlisle, si así lo solicitan, con el fin de obtener ofertas de cuotas para proporcionar la cobertura del Plan o para modificar, enmendar o dar por terminado el Plan. La información resumida médica es información que resume la información de los reclamos de los participantes, de la cual se han eliminado los nombres y otra información de identificación.
- » El Plan, o su asegurador o HMO, puede revelar a Carlisle información sobre si un individuo está participando en el Plan o se ha inscrito o dado de baja en una opción de seguro o HMO ofrecida por el Plan.

Además, debe saber que Carlisle no puede y no utilizará la información sobre la salud obtenida del Plan para ninguna acción relacionada con el empleo. Sin embargo, la información médica recopilada por Carlisle de otras fuentes -por ejemplo, en virtud de la Ley de licencias médicas y familiares, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades o los programas de indemnización por accidentes de trabajo - no está protegida por la HIPAA (aunque este tipo de información puede estar protegida por otras leyes federales o estatales).

Otros usos o revelaciones permitidos de su información médica

En ciertos casos, su información médica puede ser revelada sin autorización a un miembro de la familia, un amigo cercano u otra persona que usted identifique y que esté involucrada en su cuidado o en el pago de su cuidado. La información sobre su ubicación, estado general o fallecimiento puede ser proporcionada a una persona similar (o a una entidad pública o privada autorizada para ayudar en los esfuerzos de socorro en caso de desastre). Por lo general, se le dará la oportunidad de aceptar u objetar estas revelaciones (aunque se pueden hacer excepciones, por ejemplo, si no está presente o si está incapacitado). Además, su información médica puede ser revelada sin autorización a su representante legal.

El Plan también está autorizado a utilizar o divulgar su información médica sin su autorización escrita para las siguientes actividades:

Compensación por accidentes de trabajo	Divulgación a los programas de compensación por accidentes de trabajo o programas legales similares que proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo sin tener en cuenta la culpa, según lo autorizado y necesario para cumplir las leyes
Necesario para prevenir una amenaza grave para la salud o la seguridad	Divulgaciones hechas en la creencia de buena fe de que la divulgación de su información médica es necesaria para prevenir o disminuir una amenaza seria e inminente a la salud o seguridad pública o personal, si se hace a alguien razonablemente capaz de prevenir o disminuir la amenaza (o al blanco de la amenaza); incluye divulgaciones para ayudar a los oficiales de la ley a identificar o aprehender a un individuo que ha admitido la participación en un crimen violento que el Plan razonablemente cree que puede haber causado daño físico serio a una víctima, o cuando parece que el individuo se ha escapado de la prisión o de la custodia legal
Actividades de salud pública	Divulgaciones autorizadas por la ley a personas que puedan correr el riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección; divulgaciones a las autoridades de salud pública para prevenir o controlar enfermedades o informar sobre abuso o negligencia infantil; y divulgaciones a la Administración de Alimentos y Medicamentos para reunir o informar sobre eventos adversos o defectos de productos
Víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica	Divulgación a las autoridades gubernamentales, incluidos los organismos de servicios sociales o servicios de protección autorizados por la ley para recibir informes de abuso, negligencia o violencia doméstica, como lo exige la ley o si usted está de acuerdo o el Plan considera que la divulgación es necesaria para evitar un daño grave a usted o a las posibles víctimas (se le notificará la divulgación del Plan si el informarle no lo pondrá en mayor riesgo)
Procedimientos judiciales y administrativos	Divulgaciones en respuesta a una orden judicial o administrativa, citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal (se puede exigir que el Plan le notifique a usted de la solicitud o que reciba una garantía satisfactoria de la parte que busca su información médica de que se hicieron esfuerzos para notificarle a usted o para obtener una orden de protección calificada con respecto a la información)
Fines de aplicación de la ley	Divulgaciones a oficiales de la ley requeridas por ley o proceso legal, o para identificar a un sospechoso, fugitivo, testigo o persona desaparecida; divulgaciones acerca de una víctima de crimen si usted está de acuerdo o si la divulgación es necesaria para la actividad inmediata de la ley; divulgaciones acerca de una muerte que pudiera haber resultado de una conducta criminal; y divulgaciones para proporcionar evidencia de una conducta criminal en las instalaciones del Plan

Fallecidos	Revelaciones a un forense o a un examinador médico para identificar al fallecido o determinar la causa de la muerte; y a los directores de funerarias para cumplir sus obligaciones
Donación de órganos, ojos o tejidos	Divulgación a organizaciones de obtención de órganos u otras entidades para facilitar la donación y el trasplante de órganos, ojos o tejidos después del fallecimiento
Fines de investigación	Divulgación sujeta a la aprobación de juntas de revisión de la privacidad institucionales o privadas, sujeta a ciertas garantías y representaciones de los investigadores sobre la necesidad de utilizar su información médica y el tratamiento de la información durante un proyecto de investigación
Actividades de supervisión de la salud	Divulgación a las agencias de salud para actividades autorizadas por la ley (auditorías, inspecciones, investigaciones o acciones de licencia) para la supervisión del sistema de atención médica, programas de beneficios gubernamentales para los cuales la información médica es relevante para la elegibilidad de los beneficiarios, y el cumplimiento de programas regulatorios o leyes de derechos civiles
Funciones gubernamentales especializadas	Divulgación de información sobre personas que son personal de las Fuerzas Armadas o personal militar extranjero bajo el mando militar apropiado; divulgación de información a funcionarios federales autorizados para actividades de seguridad nacional o de inteligencia; y divulgación de información sobre reclusos a centros penitenciarios o a funcionarios encargados de hacer cumplir la ley.
Investigaciones del HHS	Divulgación de su información médica al Departamento de Salud y Servicios Sociales para investigar o determinar el cumplimiento del Plan con la regla de privacidad de la HIPAA

Salvo en los casos descritos en este aviso, los demás usos y divulgaciones se harán únicamente con su autorización por escrito. Por ejemplo, en la mayoría de los casos, el Plan obtendrá su autorización antes de comunicarse con usted acerca de productos o programas si se le paga al Plan para hacer esas comunicaciones. Si guardamos notas de psicoterapia en nuestros registros, obtendremos su autorización en algunos casos antes de dar a conocer esos registros. El Plan nunca venderá su información médica a menos que usted nos haya autorizado a hacerlo. Puede revocar su autorización según lo permitido por las normas de la HIPAA. Sin embargo, no puede revocar su autorización con respecto a las divulgaciones que el Plan ya ha hecho. Se le notificará de cualquier acceso, uso o divulgación no autorizados de su información médica no asegurada, según lo requerido por la ley.

El Plan le notificará si se da cuenta de que ha habido una pérdida de su información médica de una manera que podría comprometer la privacidad de su información médica.

Sus derechos individuales

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información de su salud que el Plan mantiene. Estos derechos están sujetos a ciertas limitaciones, como se examina a continuación. Esta sección del aviso describe cómo puede ejercer cada derecho individual. Véase el cuadro que figura al final de este aviso para obtener información sobre cómo presentar las solicitudes.

Derecho a solicitar restricciones a ciertos usos y divulgaciones de su información médica y el derecho del Plan a negarse

Tiene el derecho de solicitar al Plan que restrinja el uso y la divulgación de su información médica para el tratamiento, pago u operaciones de atención de salud, excepto para los usos o divulgaciones requeridos por la ley. Tiene el derecho de pedirle al Plan que restrinja el uso y la divulgación de su información médica a los miembros de su familia, amigos cercanos u otras personas que usted identifique como involucradas en su atención o en el pago de su atención. También tiene derecho a pedir al Plan que restrinja el uso y la divulgación de información médica para notificar a esas personas de su ubicación, estado general o fallecimiento, o para coordinar esos esfuerzos con las entidades que asisten en los esfuerzos de socorro en caso de desastre. Si quiere ejercer este derecho, su solicitud al Plan debe ser por escrito.

El Plan no está obligado a aceptar una restricción solicitada. Si el Plan está de acuerdo, una restricción puede ser cancelada posteriormente mediante su solicitud por escrito, por acuerdo entre usted y el Plan (incluido un acuerdo oral), o unilateralmente por el Plan para la información médica creada o recibida después de que se le notifique que el Plan ha eliminado las restricciones. El Plan también puede divulgar información médica sobre usted si necesita tratamiento de emergencia, incluso si el Plan ha acordado una restricción.

Una entidad cubierta por estas reglas de la HIPAA (por ejemplo, su prestador de atención médica) o su socio comercial debe cumplir con su solicitud de que no se divulgue al Plan la información médica relacionada con un artículo o servicio de atención médica específico para fines de pago u operaciones de atención médica si usted ha pagado de su bolsillo y en su totalidad por el artículo o servicio.

Derecho a recibir comunicaciones confidenciales de su información médica

Si cree que la divulgación de su información médica por los medios habituales podría ponerle en peligro de alguna manera, el Plan atenderá las solicitudes razonables de recibir comunicaciones de información médica del Plan por medios alternativos o en lugares alternativos.

Si desea ejercer este derecho, su solicitud al Plan debe ser por escrito y debe incluir una declaración de que la divulgación de toda o parte de la información podría ponerle en peligro.

Derecho a inspeccionar y copiar su información médica

Con ciertas excepciones, tiene derecho a inspeccionar u obtener una copia de su información médica en un "conjunto de registros designados". Esto puede incluir los registros médicos y de facturación mantenidos por un prestador de atención médica; la inscripción, el pago, la adjudicación de reclamaciones y los sistemas de registros de administración de casos o médicos mantenidos por un plan; o un grupo de registros que el Plan utiliza para tomar decisiones sobre las personas. Sin embargo, usted no tiene derecho a supervisar ni a obtener copias de notas de psicoterapia o información recopilada para procedimientos civiles, penales o administrativos. El Plan puede negarle el derecho de acceso, aunque en determinadas circunstancias, puede solicitar una revisión de la negativa.

Si quiere ejercer este derecho, su solicitud al Plan debe ser por escrito. En un plazo de 30 días a partir de la recepción de su solicitud (60 días si no se puede acceder a la información sobre la salud en el sitio), el Plan le proporcionará una de estas respuestas:

- » El acceso o las copias que solicitó
- » Una denegación por escrito que explique por qué se denegó su solicitud y cualquier derecho que pueda tener a que se revise la denegación o a presentar una queja
- » Una declaración por escrito en la que se indique que el plazo para examinar su solicitud se prorrogará por un máximo de 30 días más, junto con los motivos del retraso y la fecha en que el Plan prevé atender su solicitud

También puede solicitar que su información médica sea enviada a otra entidad o persona, siempre y cuando esa solicitud sea clara, de forma conspicua y específica. El Plan puede proporcionarle un resumen o explicación de la información en lugar de brindarle acceso o copias de su información de salud, si usted está de acuerdo por adelantado y paga cualquier arancel aplicable. El Plan también puede cobrar aranceles razonables por las copias o el franqueo. Si el Plan no mantiene la información médica pero sabe dónde se mantiene, se le informará dónde dirigir su solicitud.

Si el Plan mantiene sus registros en un formato electrónico, puede solicitar una copia electrónica de su información médica en una forma y formato que el Plan pueda producir fácilmente. También puede solicitar que dicha información médica electrónica se envíe a otra entidad o persona, siempre y cuando dicha solicitud sea clara, notoria y específica. Cualquier cargo que se le cobre por estas copias debe ser razonable y estar basado en el costo del Plan.

Derecho a modificar la información médica que sea inexacta o incompleta

Con ciertas excepciones, usted tiene el derecho de solicitar que el Plan enmiende su información médica en un conjunto de registros designados. El Plan puede negar su solicitud por varias razones. Por ejemplo, su solicitud puede ser denegada si la información médica es exacta y completa, no fue creada por el Plan (a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible), no forma parte del conjunto de registros designados o no está disponible para su inspección (por ejemplo, las notas de psicoterapia o la información compilada para procedimientos civiles, penales o administrativos).

Si desea ejercer este derecho, su solicitud al Plan debe ser por escrito, y debe incluir una declaración que apoye la enmienda solicitada. En un plazo de 60 días a partir de la recepción de su solicitud, el Plan tomará una de estas acciones:

- » Hacer la enmienda como se solicita
- » Proporcionar una denegación por escrito que explique por qué se denegó su solicitud y cualquier derecho que pueda tener a no estar de acuerdo o a presentar una queja
- » Proporcionar una declaración escrita en la que se indique que el período de tiempo para revisar su solicitud se ampliará por un máximo de 30 días más, junto con las razones del retraso y la fecha en la que el Plan prevé abordar su solicitud

Derecho a recibir un informe de las divulgaciones de su información médica

Tiene derecho a una lista de ciertas divulgaciones de su información médica que el Plan ha hecho. Esto se suele denominar "contabilidad de las declaraciones". Por lo general, puede recibir esta contabilidad si la divulgación es exigida por la ley, en relación con las actividades de salud pública o en situaciones similares que se enumeran en el cuadro anterior de esta notificación, a menos que se indique lo contrario a continuación.

Puede recibir información sobre la divulgación de su información médica hasta seis años antes de la fecha de su solicitud. No tiene derecho a recibir un informe de las divulgaciones realizadas en cualquiera de estas circunstancias:

- » Para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención de la salud
- » A usted sobre su propia información médica
- » incidental a otras divulgaciones permitidas o requeridas
- » Cuando se dio la autorización
- » A los miembros de la familia o amigos que participan en su cuidado (cuando se permite la divulgación sin autorización)

- » Con fines de seguridad nacional o de inteligencia o a instituciones penitenciarias o a funcionarios de los servicios de represión en determinadas circunstancias
- » Como parte de un "conjunto limitado de datos" (información médica que excluye cierta información de identificación)

Además, su derecho a una rendición de cuentas de las divulgaciones a un organismo de supervisión de la salud o a un funcionario encargado de hacer cumplir la ley puede ser suspendido a petición del organismo o del funcionario.

Si quiere ejercer este derecho, su solicitud al Plan debe ser por escrito. En el plazo de 60 días a partir de la solicitud, el Plan le proporcionará la lista de divulgaciones o una declaración escrita de que el período de tiempo para proporcionar esta lista se ampliará por no más de 30 días más, junto con las razones del retraso y la fecha en la que el Plan prevé abordar su solicitud. Usted puede hacer una solicitud en cualquier período de 12 meses sin costo alguno para usted, pero el Plan puede cobrar un cargo por solicitudes posteriores. Se le notificará la tarifa por adelantado y tendrá la oportunidad de cambiar o revocar su solicitud.

Derecho a obtener una copia impresa de esta notificación del Plan previa solicitud

Tiene derecho a obtener una copia impresa de esta notificación de privacidad, si la solicita. Incluso las personas que aceptaron recibir este aviso electrónicamente pueden solicitar una copia en papel en cualquier momento.

Cambios en la información de este aviso

El Plan debe cumplir los términos del aviso de privacidad actualmente en vigencia. Este aviso entra en vigencia el 1 de enero de 2022. Sin embargo, el Plan se reserva el derecho de cambiar los términos de sus políticas de privacidad, como se describe en este aviso, en cualquier momento y de hacer efectivas nuevas disposiciones para toda la información médica que el Plan mantiene. Esto incluye la información médica que fue creada o recibida previamente, no solo la información médica creada o recibida después de que se cambie la política. Si se realizan cambios en las políticas de privacidad del Plan descritas en esta notificación, se le proporcionará una notificación de privacidad revisada.

Quejas

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad o que su Plan no ha cumplido con sus obligaciones legales de acuerdo con la ley HIPAA, puede presentar una queja al Plan y al Secretario de Salud y Servicios Sociales. No se tomarán represalias contra usted por presentar una denuncia. Para presentar una queja, comuníquese con: Departamento de Beneficios Corporativos de Carlisle, 16430 N. Scottsdale Road, Suite 400, Scottsdale, AZ 85254 (O) 480-781-5000, benefits@carlisle.com

Contacto

Para más información sobre las políticas de privacidad del Plan o sus derechos bajo la HIPAA, comuníquese con el Departamento de Beneficios Corporativos de Carlisle, 16430 N. Scottsdale Road, Suite 400, Scottsdale, AZ 85254 (O) 480-781-5000 benefits@carlisle.com

Avisos del Programa de Bienestar

AVISO RELACIONADO CON EL PROGRAMA DE BIENESTAR

El programa de bienestar de Carlisle es un programa de bienestar voluntario disponible para todos los empleados. El programa se administra según las reglas federales que permiten programas de bienestar patrocinados por el empleador, que buscan mejorar la salud de los empleados o evitar una enfermedad, incluida la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990, la Ley de No Discriminación Por Información Genética de 2008 y la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros Médicos, según corresponda, entre otras. Si decide participar en el programa de bienestar, se le pedirá que complete una evaluación voluntaria de riesgos de salud o "HRA", en la que se le hará una serie de preguntas sobre sus actividades y conductas relacionadas con la salud y si tiene o ha tenido ciertas afecciones médicas (por ejemplo, cáncer, diabetes o enfermedades cardíacas). También se le pedirá que complete una prueba biométrica, que incluirá un análisis de sangre para detectar el nivel de colesterol, LDL, HDL, triglicéridos y glucosa en sangre. No está obligado a completar el HRA o a realizar el análisis de sangre u otros exámenes médicos.

Sin embargo, los empleados que elijan participar en el programa de bienestar recibirán un incentivo por participar. Aunque no se requiere que usted complete la HRA o que participe en la prueba biométrica, solo los empleados que lo hagan recibirán el incentivo.

Podrá haber incentivos adicionales de hasta \$500 disponibles para los empleados que participen en determinadas actividades vinculadas a la salud. Si no puede participar en cualquiera de estas actividades relacionadas con la salud para obtener un incentivo, es posible que obtenga un ajuste razonable o una norma alternativa. Usted puede solicitar una adaptación razonable o un estándar alternativo comunicándose con el Departamento de Beneficios Corporativos en Carlisle, 16430 N. Scottsdale Road, Suite 400, Scottsdale, AZ 85254, (O) 480-781-5000, benefits@carlisle.com.

La información de su HRA y los resultados de su examen biométrico se utilizarán para proporcionarle información que le ayude a comprender su salud actual y los riesgos potenciales, y también pueden utilizarse para ofrecerle servicios a través del programa de bienestar, como cualquier programa de control de la afección de Aetna que se enumera en el Programa de bienestar que se describe en la Guía de Beneficios de Carlisle. También se le sugiere que comparta los resultados o las dudas con su médico.

Protecciones contra la divulgación de información médica

La ley nos exige que mantengamos la privacidad y la seguridad de su información médica personal identificable. Aunque el programa de bienestar y Carlisle pueden utilizar la información agregada que recopilan para diseñar un programa basado en los riesgos para la salud identificados en el lugar de trabajo, el programa de bienestar de Carlisle nunca revelará ninguna información personal suya, ni públicamente ni al empleador, excepto en la medida en que sea necesario para responder a una solicitud suya de una adaptación razonable necesaria para participar en el programa de bienestar, o según lo permita expresamente la ley. La información de salud que lo identifica personalmente y que se suministra en conexión con el programa de bienestar no será suministrada a sus supervisores o gerentes, y nunca podrá ser utilizada para tomar decisiones en relación con su empleo.

La información médica no podrá ser vendida, intercambiada, transferida o divulgada de otra manera, excepto en la medida que la ley lo permita para llevar a cabo actividades específicas relacionadas con el programa de bienestar, y no se le pedirá ni obligará a que renuncie a la confidencialidad de su información médica como condición para participar del programa de bienestar o recibir un incentivo. Cualquier persona que reciba su información con fines de prestarle servicios como parte del programa de bienestar deberá respetar los mismos requisitos de confidencialidad. El o los únicos individuos que recibirán su información médica personalmente identificable es un entrenador de salud con el fin de proporcionarle servicios bajo el programa de bienestar.

Además, toda la información médica obtenida a través del programa de bienestar se conservará separadamente de sus registros de personal, la información almacenada electrónicamente se encriptará y la información que usted proporcione como parte del programa de bienestar no será usada para tomar ninguna decisión de empleo. Se tomarán las precauciones adecuadas para evitar cualquier violación de datos y, en caso de que se produzca una violación de datos que involucre información que usted haya suministrado en conexión con el programa de bienestar, le será notificado inmediatamente.

No será discriminado en el ámbito laboral por la información de salud que haya suministrado como parte de su participación en el programa de bienestar, así como tampoco estará sujeto a represalias si elige no participar.

Si tiene preguntas o inquietudes con respecto a este aviso, o sobre las protecciones contra la discriminación y las represalias, por favor comuníquese con el Departamento de Beneficios Corporativos en Carlisle 16430 N. Scottsdale Road, Suite 400. Scottsdale, AZ 85254. (O) 480-781-5000, benefits@carlisle.com.

Aviso sobre cónyuge de GINA y Autorización para el Programa de Bienestar

(para los Planes de bienestar que permiten que Cónyuges o Parejas de Hecho participen en Consultas relacionadas con Discapacidades o Exámenes Médicos)

Usted recibe este Aviso y esta Autorización porque Carlisle está poniendo un programa de bienestar voluntario a su disposición como cónyuge de un empleado. El programa se administra según las reglas federales que permiten programas de bienestar patrocinados por el empleador, que buscan mejorar la salud o evitar enfermedades, incluida la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA, en inglés) de 1990, la Ley de No Discriminación Por Información Genética (GINA, en inglés) del 2008 y la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros Médicos (HIPAA, en inglés) de 1996, según corresponda, entre otras. Su cónyuge que es empleado(a) de Carlisle recibirá un Aviso por separado en relación con el programa de bienestar.

La legislación federal exige que usted proporcione una autorización consciente, escrita y voluntaria antes de que el programa de bienestar de Carlisle reúna la información genética sobre usted, que incluye información sobre su estado de salud presente o pasado. Al firmar este Aviso y Autorización, usted acepta que lo ha leído y entendido y que usted proporciona de manera consciente y voluntaria información sobre la manifestación de sus enfermedades y determinadas afecciones, que se considera información genética, como parte del programa de bienestar. Esto podrá incluir un cuestionario médico que consulte una serie de preguntas sobre sus actividades y comportamientos vinculados a la salud y si tiene o tuvo determinadas afecciones médicas (por ejemplo, cáncer, diabetes o enfermedad cardíaca). Además, quizás le soliciten que complete un examen médico (por ejemplo, una evaluación biométrica). Si usted no puede participar en cualquiera de las actividades vinculadas a la salud es posible que le corresponda un ajuste razonable o una norma alternativa. Usted puede solicitar una adaptación razonable o un estándar alternativo comunicándose con el Departamento de Beneficios Corporativos en Carlisle 16430 N. Scottsdale Road, Suite 400, Scottsdale, AZ 85254, (O) 480-781-5000, benefits@carlisle.com.

Usted no está obligado(a) a completar el cuestionario o el examen médico. No está obligado(a) a suministrar información genética; sin embargo, si elige no proporcionar información sobre su propio estado de salud, quizás no califique para el monto total de los incentivos por bienestar. El programa de bienestar no puede ofrecerle un incentivo por bienestar a cambio de que usted proporcione su propia información genética, incluida la historia clínica de su familia, resultados de sus pruebas genéticas o información sobre el estado de salud o información genética sobre sus hijos. Sin embargo, si decide no participar en el programa de bienestar, no se les denegará a usted y/o a su cónyuge acceso al plan de salud de Carlisle (o a cualquier paquete de beneficios del plan de salud), ni serán objeto de discriminación o represalias por parte de Carlisle.

La información médica no podrá ser vendida, intercambiada, transferida o divulgada de otra manera, excepto en la medida que la ley lo permita para llevar a cabo actividades específicas relacionadas con el programa de bienestar, y no se le pedirá ni obligará a que renuncie a la confidencialidad de su información de salud como condición para participar del programa de bienestar o recibir un incentivo. Cualquier persona que reciba su información con fines de prestarle servicios como parte del programa de bienestar deberá respetar los mismos requisitos de confidencialidad. La información genética que usted proporciona se utilizará para: *ayudarle a entender su salud actual y los posibles riesgos, determinar si usted reunió los requisitos para los incentivos por bienestar (o para un estándar alternativo razonable), diseñar un programa para atender las afecciones identificadas con la información genética o quizás se utilice para ofrecerle servicios a través del programa de bienestar, como asesoramiento sobre su salud. También se le sugiere que comparta los resultados o las dudas con su médico.*

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información genética o médica identificable individualmente. Aunque el programa de bienestar y Carlisle pueden utilizar la información agregada que recopilan para diseñar un programa basado en los riesgos para la salud identificados en el lugar de trabajo, el programa de bienestar de Carlisle nunca revelará ninguna información genética o médica identificable individualmente de manera pública o ante Carlisle, excepto en la medida en que sea necesario para responder a una solicitud suya de una adaptación razonable necesaria para participar en el programa de bienestar, o según lo permita expresamente la ley.

La información genética o médica que le identifica personalmente y que se proporciona en relación con el programa de bienestar, no se suministrará a Carlisle, incluidos los supervisores o gerentes de su cónyuge o pareja de hecho, y nunca podrá utilizarse para tomar decisiones respecto del empleo de su cónyuge.

A continuación se incluye un resumen sobre cómo protegeremos su confidencialidad y restringiremos la divulgación de su información:

- » Carlisle conservará todos los materiales sobre inscripción y la elegibilidad para incentivos. La información que se guarda de manera electrónica *estará protegida*, y ningún tipo de información que usted suministre como parte del programa de bienestar se utilizará para tomar ninguna decisión de empleo.
- » Se tomarán las precauciones adecuadas para evitar cualquier tipo de filtración de información. Si de hecho ocurriera una filtración de información, se le notificará.

- » La información genética o médica sobre usted que se puede identificar individualmente solo le será entregada a usted (o a un familiar a quien usted autorice) y a profesionales y personal de atención médica acreditados que participan en la prestación de servicios de conformidad con el programa de bienestar. La información genética o médica sobre usted que se puede identificar individualmente no estará disponible para el acceso por parte de gerentes supervisores u otras personas que toman decisiones de empleo para su cónyuge ni para ninguna otra persona de su lugar de trabajo, excepto en la medida que lo permita la ley. La información genética o médica sobre usted que se puede identificar individualmente no se le revelará a Carlisle excepto en términos agregados que no revelan la identidad de personas específicas. Esa información agregada será tratada como una historia clínica confidencial.
- » Su información no se venderá, intercambiará, transferirá ni divulgará de ninguna otra manera, excepto en la medida en que lo permita o exija la ley para llevar a cabo actividades específicas relacionadas con el programa de bienestar, y no se le pedirá ni exigirá que renuncie a la confidencialidad de su información como condición para participar en el programa de bienestar o recibir un incentivo. Cualquier persona que reciba su información con fines de prestarle servicios como parte del programa de bienestar deberá respetar los mismos requisitos de confidencialidad.

Este Aviso y Autorización no restringe ningún derecho que pudiera corresponderle de conformidad con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades o la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros Médicos (HIPAA, en inglés). Si el programa de bienestar proporciona (directamente, a través de reembolso o de otra manera) atención médica (incluido el asesoramiento genético), el programa podrá constituir un plan de salud grupal sujeto a las normas de privacidad de la HIPAA, y usted recibirá un aviso de privacidad de la HIPAA por separado. Si tiene preguntas o inquietudes con respecto a este Aviso y Autorización, o sobre las protecciones contra la discriminación y las represalias, por favor comuníquese con el Departamento de Beneficios Corporativos en Carlisle 16430 N. Scottsdale Road, Suite 400, Scottsdale, AZ 85254, (O) 480-781-5000, benefits@carlisle.com.

Quien suscribe, _____, [Nombre del cónyuge] confirmo por el presente que he recibido esta Autorización y que autorizo de manera consciente y voluntaria al programa de bienestar de Carlisle para que reúna la información genética que se describe específicamente en el presente.

Firma Fecha

Aviso sobre la Ley Nada de Sorpresas

Sus derechos y protecciones contra facturas médicas sorpresa

Cuando recibe atención de urgencia o es atendido por un prestador fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio de la red, está protegido de la facturación de saldos. En estos casos, no le deberían cobrar más que los copagos, coseguros y/o deducibles de su plan.

¿A qué se llama "facturación de saldo" (algunas veces también "facturas sorpresa")?

Cuando acude a un médico o a otro prestador de servicios de salud, es posible que tenga que pagar costos de bolsillo como copago, coseguro o deducible. Usted podría tener otros costos o que pagar toda la factura si acude a un prestador o a un centro médico que no está en la red de su plan de salud.

"Fuera de la red" significa prestadores y establecimientos que no tienen un contrato firmado con su plan de salud para prestar servicios. Los prestadores fuera de la red podrían tener permitido facturarle la diferencia entre lo que su plan paga y el monto completo que le cobren por un servicio. A esto se llama "facturación de saldo". Este monto es probablemente superior a los costos de la red por el mismo servicio y podría no contar para el deducible o límite anual de gastos de bolsillo de su plan.

"Facturación sorpresa" significa la factura inesperada de un saldo. Esto puede ocurrir cuando no puede controlar quién interviene en su atención, como cuando tiene una urgencia o cuando programa una visita en un centro de la red, pero es atendido inesperadamente por un prestador fuera de la red. Las facturas médicas sorpresa podrían costar miles de dólares dependiendo del procedimiento o servicio.

Usted está protegido de la facturación de saldos para:

Servicios de emergencia

Si tiene una emergencia médica y recibe servicios de emergencia de un prestador o centro fuera de la red, lo máximo que le pueden facturar es el monto de reparto de costos dentro de la red de su plan (como copagos, coseguros y deducibles). No le pueden facturar ningún saldo por estos servicios de emergencia. Esto incluye servicios que podría recibir después de que está en una situación estable, a menos que dé su consentimiento escrito y renuncie a sus protección de no facturación de saldo por estos servicios post-estabilización.

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

Cuando usted recibe servicios de un hospital o centro quirúrgico ambulatorio de la red, algunos prestadores pueden estar fuera de la red. En estos casos, lo máximo que le podrán facturar esos prestadores es el monto de reparto de costos dentro de la red de su plan. Esto aplica a servicios de medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, asistente de cirujano, hospitalista o intensivista. Estos prestadores no pueden facturarle el saldo y no pueden pedirle que renuncie a sus protecciones para que no le facturen el saldo.

Si recibe otros tipos de servicios en estos centros de la red, los prestadores fuera de la red no pueden facturarle el saldo, a menos que usted dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones.

Nunca se le exigirá que renuncie a sus protecciones contra facturación de saldos. Tampoco se le exigirá que se atienda fuera de la red. Usted puede elegir un prestador o establecimiento adherido a la red de su plan.

Cuando no se permite la facturación de saldos, también tiene las siguientes protecciones:

Solamente tiene que pagar su parte del costo (como los copagos, coseguros y deducibles que tendría que pagar si el prestador o el establecimiento estuvieran dentro de la red). Su plan de salud pagará cualquier costos adicional directamente a los prestadores y centros fuera de la red.

- » **Su plan de salud en general debe;**
- » Cubrir servicios de emergencia sin que usted tenga la necesidad de obtener aprobación antes de atenderse (también se conoce como "autorización previa").
- » Cubrir servicios de emergencia a cargo de prestadores no adheridos a la red.
- » Basar lo que usted adeuda al prestador o establecimiento (reparto de costos) en lo que pagaría en un prestador o establecimiento adherido a la red y mostrar ese monto en su explicación de beneficios.
- »
- » Computar cualquier monto que pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red para su deducible y límite de bolsillo.

Si piensa que le facturaron incorrectamente, contáctese con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. El número de teléfono federal para información y quejas es: 1-800-985-3059. Visite la Ley Nada de Sorpresas | CMS para más información sobre sus derechos por ley federal.



Contactos importantes

Cobertura	Contacto	Teléfono	Sitio Web
Jubilación 401(k) CEISP	Principal	800-547-7754	www.principal.com
Accidente de viaje de negocios	AIG	866-893-2520	www.aig.com/us/travelguardassistance
Departamento de Beneficios de Carlisle	Centro de Servicio de Beneficios	855-444-4925	benefits@carlisle.com
COBRA	Payflex	888-678-7835	www.payflex.com
Plan Dental	Cigna	800-244-6224	www.mycigna.com
Plan de compra de acciones para empleados	Soluciones del Plan de Equidad de AST	866-709-7704	www.astepsdiv.com
Health Advocate	Health Advocate	866-695-8622	www.healthadvocate.com
Acuerdo de Reembolso de Gastos Médicos (HRA)	Aetna	866-276-5125	www.aetna.com
Seguro de Vida y AD&D	Prudential	877-367-7781	www.myprudential.com/mybenefits
Planes de Licencia y Discapacidad (FMLA, LOA, PPL, STD, LTD)	Prudential	877-367-7781	www.myprudential.com/mybenefits
Plan médico	Aetna	866-276-5125	www.aetna.com
Salud Mental y Emocional	Lyra	877-337-3823	https://carlisle.lyrahealth.com
Plan Médico Complementario (Seguro de accidentes, enfermedades graves, indemnización hospitalaria)	Prudential	877-367-7781	www.myprudential.com/mybenefits
Cuentas de Gastos (Beneficios de Transporte, Cuentas de Gastos Flexibles, Cuenta de Ahorro para Gastos Médicos)	PayFlex	888-678-8242	www.payflex.com
Oftalmológico	EyeMed	866-723-0514 Para prestadores LASIK, llame al: 877-558-7376	www.EyeMedvisioncare.com Elija la red SELECT



Este folleto destaca las principales características del Programa de Beneficios para Empleados de Carlisle. No incluye todas las normas, detalles, limitaciones y exclusiones del plan. Las condiciones de sus planes de beneficios se rigen por documentos legales, incluidos los contratos de seguros. En caso de inconsistencia entre este folleto y los documentos legales del plan, regirán los documentos del plan. Carlisle se reserva el derecho de cambiar o interrumpir sus planes de beneficios para empleados en cualquier momento.