Avisos legales

FOUNDATION BUILDING MATERIALS SE RESERVA EL DERECHO DE CAMBIAR, MODIFICAR O TERMINAR CUALQUIER PLAN DE BENEFICIOS EN CUALQUIER MOMENTO Y POR CUALQUIER MOTIVO. LA PARTICIPACIÓN EN UN PLAN DE BENEFICIOS NO ES UNA PROMESA NI GARANTÍA DE EMPLEO FUTURO. LA RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS DE BENEFICIOS NO CONSTITUYE ELEGIBILIDAD

La Guía de Inscripción 2027, combinada con estos avisos legales, ofrece una visión general de los beneficios disponibles para los empleados elegibles y sus dependientes. En todos los casos, los documentos oficiales del plan rigen y esta Guía de Inscripción 2027 no es ni debe ser considerada como documento rector. En caso de discrepancia entre la información presentada en la Guía de Inscripción 2027 y los documentos oficiales del plan, los documentos oficiales del plan prevalecerán.

DECLARACIÓN DE MODIFICACIONES MATERIALES

Esta guía de inscripción constituye un Resumen de Modificaciones Materiales (SMM) o Resumen de Reducciones de Materiales (SMR), según corresponda, a la descripción resumen del plan de Salud y Bienestar (SPD) de Foundation Building Materials, LLC. Está destinada a complementar y/o reemplazar cierta información en el SPD, así que conserva para referencia futura junto con tu SPD. Por favor, comparte estos materiales con los familiares cubiertos.

RESUMEN DE LA COBERTURA DE BENEFICIOS

Un Resumen de la Cobertura de Beneficios (SBC) de cada uno de los planes médicos patrocinados por el empleador está disponible en www.dayforcehcm.com/FBM. También puede solicitar una copia en papel llamando a Ceridian.

TRIBUTACIÓN DE LOS BENEFICIOS

La tributación de ciertos beneficios puede variar a nivel local, estatal y federal. Deberías consultar con tu asesor fiscal si tienes alguna duda sobre el tratamiento adecuado de cualquier prestación.

AVISO IMPORTANTE DE FOUNDATION BUILDING MATERIALS SOBRE COBERTURA CREÍBLE DE MEDICAMENTOS RECETADOS Y MEDICARE

El propósito de este aviso es informarle de que la cobertura de medicamentos con receta que se indica a continuación bajo los planes médicos Foundation Building Materials se espera que pague, de media, al menos tanto como cubrirá la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare en 2027. Esto se conoce como "cobertura creíble".

Por qué es importante: Si tú o tu(s) dependiente(s) cubierto(s) estáis inscritos en alguna cobertura de medicamentos con receta durante 2027 que figuren en este aviso y están o quedan cubiertos por Medicare, podréis decidir inscribiros en un plan de medicamentos con receta de Medicare más adelante y no estar sujetos a una penalización por inscripción tardía, siempre que hayáis tenido una cobertura acreditable dentro de los 63 días posteriores a la inscripción en el plan de medicamentos con receta de Medicare. Deberías guardar este aviso junto con tus registros importantes.

Si tú o tus familiares no estáis cubiertos actualmente por Medicare y no lo estarán en los próximos 12 meses, este aviso no se aplica a ti.

Por favor, lea atentamente el aviso a continuación. Incluye información sobre la cobertura de medicamentos con receta con Foundation Building Materials y la cobertura de medicamentos con receta disponible para personas con Medicare. También te indica dónde encontrar más información para ayudarte a tomar decisiones sobre tu cobertura de medicamentos recetados.

AVISO DE COBERTURA CREDITABLE

Puede que hayas oído hablar de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare (llamada Parte D) y te hayas preguntado cómo te afectaría. La cobertura de medicamentos con receta está disponible para todos los que tienen Medicare a través de los planes de medicamentos con receta de Medicare. Todos los planes de medicamentos con receta de Medicare ofrecen al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también ofrecen más cobertura por una prima 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 abandonen la cobertura del empleador o del sindicato pueden ser elegibles para un Periodo Especial de Inscripción de Medicare.

Si estás cubierto por uno de los planes de medicamentos con receta de Foundation Building Materials que se mencionan a continuación, te interesará saber que la cobertura de medicamentos con receta bajo el plan es, de media, al menos tan buena como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare para 2027. Esto se llama cobertura creíble. La cobertura bajo uno de estos planes te ayudará a evitar una penalización por inscripción tardía en la Parte D si eres o llegas a ser elegible para Medicare y luego decides inscribirte en un plan de medicamentos con receta de Medicare.

- Anthem Blue Cross High CDHP
- Anthem Blue Cross Bajo CDHP
- Anthem Blue Cross PPO
- Anthem Blue Cross Clear Choice EPO
- HMSA CompMed

Si decides inscribirte en un plan de medicamentos con receta de Medicare y eres un empleado activo o familiar de un empleado activo, también puedes continuar con la cobertura de tu empleador. En este caso, el plan Foundation Building Materials seguirá pagando el plan principal o secundario como antes de que te inscribieras en un plan de medicamentos con receta de Medicare. Si renuncias o cancelas la cobertura Foundation Building Materials, Medicare será tu único pagador. Puedes volver a inscribirte en el plan del empleador en la inscripción anual o si tienes un evento especial de inscripción para el plan Foundation Building Materials, siempre que sigas siendo elegible.

Debes saber que si renuncias o dejas la cobertura con Foundation Building Materials y pasas 63 días o más sin cobertura creditable de medicamentos con receta (una vez que termine tu periodo de inscripción aplicable a Medicare), tu prima mensual de la Parte D aumentará al menos un 1% mensual por cada mes en que no tengas cobertura creditable. Por ejemplo, si pasas 19 meses sin cobertura, la prima de tu plan de medicamentos con receta de Medicare siempre será al menos un 19% superior a lo que paga la mayoría de las personas. Tendrás que pagar esta prima más alta siempre que tengas cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Además, puede que tengas que esperar hasta octubre siguiente para inscribirte en la Parte D.

Puedes recibir este aviso en otras ocasiones futuras — como antes del próximo periodo en el que puedas inscribirte en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare, si esta cobertura de Foundation Building Materials cambia, o a petición de ti.

PARA MÁS INFORMACIÓN SOBRE TUS OPCIONES BAJO LA COBERTURA DE MEDICAMENTOS CON RECETA DE MEDICARE
Información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos con receta está en el *manual de Medicare & You*. 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. Aquí tienes cómo obtener más información sobre los planes de medicamentos con receta de Medicare:

- Visita www.medicare.gov para recibir ayuda personalizada.
- Llama al Programa de Asistencia de Seguro Médico de tu Estado (consulta una copia del *Manual de Medicare y Tú* para el número de teléfono) o visita el programa en línea en https://www.shiptacenter.org/.
- Llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

Recuerda: guarda este aviso. Si te inscribes en un plan de medicamentos con receta de Medicare después de que termine tu periodo de inscripción correspondiente, puede que necesites proporcionar una copia de este aviso al unirte a un plan de la Parte D para demostrar que no estás obligado a pagar una prima más alta de la Parte D.

Para más información sobre este aviso o su cobertura de medicamentos recetados, contacte con:

Pragna Patel
2520 Red Hill Avenue
Santa Ana, CA 92705
657-900-3220
pragna.patel@myfbm.com

AVISO ESPECIAL DE INSCRIPCIÓN SEGÚN LA LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DE SEGUROS DE SALUD (HIPAA)

AVISO DE DERECHOS ESPECIALES DE INSCRIPCIÓN PARA LA COBERTURA DEL PLAN DE SALUD
Si has rechazado la inscripción en el plan de salud de Foundation Building Materials para ti o tus dependientes (incluido tu cónyuge) debido a otra cobertura de seguro médico, tú o tus dependientes podríais inscribiros en algunas coberturas bajo estos planes sin esperar al siguiente periodo de inscripción abierta, siempre que solicites la inscripción dentro de los 30 días posteriores a la finalización de tu otra cobertura.

Además, si tienes un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción, podrías inscribirte a ti mismo y a tus dependientes elegibles, siempre que solicites la inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción. Foundation Building Materials también permitirá una oportunidad especial de inscripción si tú o tus dependientes elegibles pueden ser:

Copyright 2026 Marsh Health & Benefits LLC. Todos los derechos reservados.

- Perder la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro de Salud Infantil (CHIP) porque ya no eres elegible, o
- Hazte elegible para el programa de asistencia a primas de un estado bajo Medicaid o CHIP.

Para estas oportunidades de inscripción, dispondrás de 60 días – en lugar de 30 – desde la fecha del cambio de elegibilidad Medicaid/CHIP para solicitar la inscripción en el plan de salud grupal Foundation Building Materials. Ten en cuenta que esta prórroga de 60 días no se aplica a oportunidades de inscripción salvo por el cambio de elegibilidad de Medicaid/CHIP.

Nota: Si tu dependiente se convierte en elegible para derechos especiales de inscripción, puedes añadirlo a tu cobertura actual o cambiar a otro plan médico.

Para solicitar una inscripción especial bajo HIPAA basada en los eventos mencionados anteriormente o para obtener más información, contacte con Pragna Patel en el 657-900-3220.

AVISO SOBRE LA LEY DE SALUD DE LA MUJER Y LOS DERECHOS CONTRA EL CÁNCER (WHCRA)

Si te has sometido o vas a someterse a una mastectomía, puedes tener derecho a ciertos beneficios bajo la Ley de Derechos de la Mujer y el Cáncer de 1998 (WHCRA). Para las personas que reciban beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se proporcionará de la manera determinada en consulta con el médico responsable y el paciente, para:

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

Estos beneficios se proporcionarán sujetos a los mismos deducibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos incluidos en este plan. Si desea más información sobre los beneficios de la WHCRA, llame a su aseguradora médica al número de teléfono que aparece en el reverso de su tarjeta de identidad.

AVISO DE LA LEY DE PROTECCIÓN DE LA SALUD DE RECIÉN NACIDOS Y MADRES

Los planes de salud grupales y los emisores de seguros de salud generalmente no pueden, según la ley federal, restringir los beneficios por cualquier duración hospitalaria relacionada con el parto de la madre o del recién nacido a menos de 48 horas tras un parto vaginal, o a menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe que el proveedor de atención de la madre o del recién nacido, tras consultar con la madre, dé de alta a la madre o a su recién nacido antes de 48 horas (o 96 horas según corresponda). En cualquier caso, los planes y emisores no pueden, según la ley federal, exigir a un proveedor autorización del plan o del emisor del seguro para prescribir una estancia que no exceda 48 horas (o 96 horas). Si desea más información sobre las prestaciones por maternidad, llame a su aseguradora médica al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación.

AVISO DE LA LEY DE MICHELLE

COBERTURA MÉDICA EXTENDIDA PARA DEPENDIENTES DURANTE LAS BAJAS MÉDICAS DE LOS ESTUDIANTES

El plan de Foundation Building Materials puede ampliar la cobertura médica para los hijos dependientes si pierden la elegibilidad debido a una baja médica necesaria de una institución educativa superior (incluida una universidad o colegio). La cobertura puede continuar hasta un año, a menos que la elegibilidad del niño termine antes por otro motivo.

La cobertura ampliada está disponible si la baja escolar de un niño —o el cambio en su estado de matrícula escolar (por ejemplo, pasar de un estado a tiempo completo a un periodo parcial)— comienza mientras el niño tiene una enfermedad o lesión grave, es médicamente necesario y, en general, hace que termine la elegibilidad para la cobertura estudiantil bajo el plan. Puede ser necesario un certificado escrito del médico del menor que indique que el niño sufre una enfermedad o lesión grave y que la baja es médicamente necesaria.

Si la cobertura proporcionada por el plan cambia durante este periodo de un año, el plan proporcionará la cobertura modificada durante el resto de la excedencia.

Si tu hijo va a perder la elegibilidad para la cobertura debido a una baja médica necesaria y quieres que se amplíe su cobertura, llama a Ceridian/Dayforce al 877-438-1689 tan pronto como Foundation Building Materials reconozca la necesidad de la baja. Además, contacta con el plan de salud de tu hijo para ver si alguna ley estatal que exija una cobertura ampliada puede aplicarse a sus prestaciones.

Copyright 2026 Marsh Health & Benefits LLC. Todos los derechos reservados.

ASISTENCIA DE PRIMAS BAJO MEDICAID Y EL AVISO DE MEDICAID DEL PROGRAMA DE SEGURO DE SALUD INFANTIL (CHIP)

Si tú o tus hijos sois elegibles para Medicaid o CHIP y sois elegibles para cobertura sanitaria de vuestro empleador, es posible que vuestro estado tenga un programa de asistencia para primas que ayude a pagar la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si vosotros o vuestros hijos no sois elegibles para Medicaid o CHIP, no podréis acceder a estos programas de asistencia a primas, pero podréis comprar un seguro individual a través del Mercado de Seguros de Salud. Para más información, visite **www.healthcare.gov**.
Si tú o tus dependientes ya estáis inscritos en Medicaid o CHIP y vivís en un estado que se indica a continuación, contactad con la oficina de Medicaid o CHIP de tu estado para saber si hay ayuda para la prima disponible.
Si tú o tus dependientes NO estáis actualmente inscritos en Medicaid o CHIP, y creéis que vosotros o alguno de vuestros dependientes podríais ser elegibles para alguno de estos programas, contactad con la oficina de Medicaid o CHIP estatal o llama **al 1-877-KIDS NOW** o **www.insurekidsnow.gov** para saber cómo solicitar. Si cumples los requisitos, pregunta a tu comunidad autónoma si hay algún programa que te ayude a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.
Si usted o sus dependientes son elegibles para la asistencia de primas bajo Medicaid o CHIP, así como son elegibles bajo el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en su plan de empleador si no está ya inscrito. Esto se llama "oportunidad especial de inscripción" y **debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días siguientes a ser declarado elegible para la ayuda de primas**. Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en su plan de empleador, contacte con el Departamento de Trabajo en **www.askebsa.dol.gov** o llame **al 1-866-444-EBSA (3272).**

Si vives en uno de los siguientes estados, podrías ser elegible para recibir ayuda para pagar las primas del seguro de salud de tu empleador. La siguiente lista de estados está actualizada a 31 de julio de 2026. Contacta con tu Estado para más información sobre la elegibilidad –

ALABAMA – Medicaid	**ALASKA – Medicaid**
Página web: http://myalhipp.com/ Teléfono: 1-855-692-5447	El Programa de Pago de Primas del Seguro de Salud de AK Página web: http://myakhipp.com/ Teléfono: 1-866-251-4861 Correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad para Medicaid: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx
ARKANSAS – Medicaid	**CALIFORNIA – Medicaid**
Página web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Página web del Programa de Pago de Primas de Seguro de Salud (HIPP): http://dhcs.ca.gov/hipp o Programa de pago de primas del seguro de salud/Evitación de costes | Teléfono DHCS: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov
COLORADO – Health First Colorado (Programa de Medicaid de Colorado) y Plan de Salud Infantil Plus (CHP+)	**FLORIDA – Medicaid**
Página web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/ Centro de Contacto para Miembros de Health First Colorado: 1-800-221-3943/Relevo Estatal 711 CHP+: https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus Atención al cliente CHP+: 1-800-359-1991/State Relay 711 Programa de Compra de Seguro de Salud (HIBI): https://www.mycohibi.com/ Servicio de atención al cliente de HIBI: 1-855-692-6442	Página web: https://www.flmedicaidtplrecovery.com/flmedicaidtplrecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268
GEORGIA – Medicaid	**ILLINOIS - Medicaid**
Página web de GA HIPP: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162, Pulsa 1 Página web de GA CHIPRA: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Teléfono: 678-564-1162, Pulsa 2	Información sobre la Asistencia de Primas de Medicaid en Illinois Página web de solicitud de Medicaid: https://abe.illinois.gov Número de línea directa de HIPP: 217-524-8268 Correo electrónico HIPP: hfs.boc.hipp@illinois.gov
INDIANA – Medicaid	**IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)**

Copyright 2026 Marsh Health & Benefits LLC. Todos los derechos reservados.

Programa de Pago de Primas de Seguro de Salud Todos los demás Medicaid Página web: https://www.in.gov/medicaid/ http://www.in.gov/fssa/dfr/ Administración de Servicios Familiares y Sociales Teléfono: 1-800-403-0864 Teléfono de Servicios a Miembros: 1-800-457-4584	Sitio web de Medicaid: Medicaid de Iowa | Salud y Servicios Humanos Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366 Página web de Hawki: Hawki - Niños sanos y sanos en Iowa | Salud y Servicios Humanos Teléfono Hawki: 1-800-257-8563 Sitio web de HIPP: Pago de primas de seguro de salud (HIPP) | Salud y Servicios Humanos (iowa.gov) Teléfono HIPP: 1-888-346-9562
KANSAS – Medicaid	**KENTUCKY – Medicaid**
Página web: https://www.kancare.ks.gov/ Teléfono: 1-800-792-4884 Teléfono HIPP: 1-800-967-4660	Página web del Programa Integrado de Pago de Primas de Seguro de Salud de Kentucky (KI-HIPP): https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Teléfono: 1-855-459-6328 Correo electrónico: KIHIPP.PROGRAM@ky.gov Página web de KCHIP: https://kynect.ky.gov Teléfono: 1-877-524-4718 Sitio web de Medicaid en Kentucky: https://chfs.ky.gov/agencies/dms
LOUISIANA – Medicaid	**MAINE – Medicaid**
Sitio web de Medicaid de Luisiana: https://www.ldh.la.gov/healthy-louisiana Línea de atención al cliente de Medicaid: 1-888-342-6207 Correo electrónico de Medicaid de Luisiana: healthy@la.gov Página web del Programa de Primas de Seguro de Salud de Luisiana (LaHIPP): https://www.ldh.la.gov/lahipp Teléfono LaHIPP: 1-877-697-6703 Correo electrónico de LaHIPP: La.HIPP@la.gov fax LaHIPP: 1-888-716-9787 Dirección postal de LaHIPP: 100 Crescent Centre Parkway, Suite 1000 Tucker, GA 30084	Página web de matrícula: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Relé 711 de Maine Página web de primas de seguro médico privado: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-977-6740 TTY: Relé 711 de Maine
MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP	**MINNESOTA – Medicaid**
Página web: https://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840 TTY: 711 Correo electrónico: masspremassistance@accenture.com	Página web: https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/ Teléfono: 1-800-657-3672
MISSOURI – Medicaid	**MONTANA – Medicaid**
Página web: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005	Página web: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084 Correo electrónico: HHSHIPPProgram@mt.gov
NEBRASKA – Medicaid	**NEVADA – Medicaid**
Página web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178	Sitio web de Medicaid: http://dhcfp.nv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900
NEW HAMPSHIRE – Medicaid	**NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP**
Página web: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Teléfono: 603-271-5218 Número gratuito del programa HIPP: 1-800-852-3345, ext. 15218 Correo electrónico: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov	Sitio web de Medicaid: https://www.nj.gov/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ o NJ FamilyCare/Medicaid | División de Asistencia Médica y Servicios de Salud Teléfono: 1-800-356-1561 Teléfono de asistencia CHIP Premium: 609-631-2392 Página web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html

Copyright 2026 Marsh Health & Benefits LLC. Todos los derechos reservados.

	Teléfono CHIP: 1-800-701-0710 (TTY: 711)
NUEVA YORK – Medicaid	**CAROLINA DEL NORTE – Medicaid**
Página web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831	Página web: https://medicaid.ncdhhs.gov/ Teléfono: 919-855-4100
DAKOTA DEL NORTE – Medicaid	**OKLAHOMA – Medicaid y CHIP**
Página web: https://www.hhs.nd.gov/healthcare Teléfono: 1-844-854-4825; o (866)-614-6005	Página web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742
OREGON – Medicaid	**PENSILVANIA – Medicaid y CHIP**
Página web: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-800-699-9075	Página web: https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html Teléfono: 1-800-692-7462 Página web de CHIP: Programa de Seguro de Salud Infantil (CHIP) (pa.gov) Teléfono CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)
RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP	**CAROLINA DEL SUR – Medicaid**
Página web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 1-855-697-4347, o 401-462-0311 (Línea Directa de Compartir Radio)	Página web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820
DAKOTA DEL SUR - Medicaid	**TEXAS – Medicaid**
Página web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059	Sitio web: Programa de Pago de Primas de Seguro de Salud (HIPP) | Salud y Servicios Humanos de Texas Teléfono: 1-800-440-0493
UTAH – Medicaid y CHIP	**VERMONT– Medicaid**
Página web de la Asociación Premium para el Seguro de Salud (UPP) de Utah: https://medicaid.utah.gov/upp/ Correo electrónico: upp@utah.gov Teléfono: 1-888-222-2542; Página web de expansión para adultos: https://medicaid.utah.gov/expansion/ Página web del Programa de Compra de Medicaid de Utah: https://medicaid.utah.gov/buyout-program/ Página web de CHIP: https://chip.utah.gov/	Sitio web: Programa de Pago de Primas de Seguro de Salud (HIPP) | Departamento de Acceso a la Salud de Vermont Teléfono: 1-800-250-8427
VIRGINIA – Medicaid y CHIP	**WASHINGTON – Medicaid**
Página web: https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs Teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924 o 1-855-242-8282	Página web: https://www.hca.wa.gov/ Teléfono: 1-800-562-3022
VIRGINIA OCCIDENTAL – Medicaid y CHIP	**WISCONSIN – Medicaid y CHIP**
Página web: https://bms.wv.gov/ https://dhhr.wv.gov/bms/ http://mywvhipp.com/ Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 Teléfono gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)	Página web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002
WYOMING – Medicaid	
Página web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Teléfono: 1-855-294-2127	

Copyright 2026 Marsh Health & Benefits LLC. Todos los derechos reservados.

Para saber si algún otro estado ha añadido un programa de asistencia a primas desde el 31 de julio de 2026, o para más información sobre derechos de inscripción especial, contacte con cualquiera de:

Departamento de Trabajo de EE. UU.	Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.
Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados	Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
www.dol.gov/agencies/ebsa	**www.cms.hhs.gov**
1-866-444-EBSA (3272)	1-877-267-2323, Opción de menú 4, Ext. 61565

DECLARACIÓN DE LA LEY DE REDUCCIÓN DE PAPELEO

Según la Ley de Reducción de Papeleo de 1995 (Pub. L. 104-13) (PRA), ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que dicha recopilación muestre un número de control válido de la Oficina de Gestión y Presupuesto (OMB). El Departamento señala que una agencia federal no puede realizar ni patrocinar una recopilación de información a menos que esté aprobada por la OMB bajo la PRA, y muestre un número de control de la OMB vigente, y el público no está obligado a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control de la OMB vigente en la actualidad. Véase 44 U.S.C. 3507. Además, a pesar de cualquier otra disposición legal, ninguna persona estará sujeta a una sanción por no cumplir con una recopilación de información si la recopilación de información no muestra un número de control de la OMB vigente en la actualidad. Véase 44 U.S.C. 3512.

Se estima que la carga de información pública para esta recopilación de información promedia es de aproximadamente siete minutos por encuestado. Se anima a las partes interesadas a enviar comentarios sobre la estimación de la carga o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluyendo sugerencias para reducir esta carga, al Departamento de Trabajo de EE. UU., Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados, Oficina de Política e Investigación, Atención: Oficial de Autorización PRA, 200 Constitution Avenue, N.W., Sala N-5718, Washington, DC 20210, o enviar un correo electrónico ebsa.opr@dol.gov y consultar el Número de Control de la OMB 1210-0137.

Número de control OMB 1210-0137 (caduca el 31/5/2029)

Copyright 2026 Marsh Health & Benefits LLC. Todos los derechos reservados.

FOUNDATION BUILDING MATERIALS AVISO DE PRIVACIDAD HIPAA

Por favor, revise detenidamente este aviso. Describe cómo puede utilizarse y divulgarse la información médica sobre usted y cómo puede acceder a ella.

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA) impone numerosos requisitos sobre el uso y divulgación de información sanitaria individual por parte de los planes de salud Foundation Building Materials. Esta información, conocida como información sanitaria protegida, incluye casi toda la información sanitaria identificable individualmente que posee un plan — ya sea recibida por escrito, en un medio electrónico o como comunicación oral. Este aviso describe las prácticas de privacidad de estos planes: Anthem Blue Cross PPO, Anthem Blue Cross High CDHP, Anthem Blue Cross Low CDHP, Anthem Blue Cross EPO, Delta Dental High PPO, Delta Dental Low PPO, VSP High, VSP Low y Healthcare Flexible Spending Account. Los planes cubiertos por este aviso pueden compartir información sanitaria entre sí para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones sanitarias. Estos planes se denominan colectivamente el Plan en este aviso, salvo que se especifique lo contrario.

LAS OBLIGACIONES DEL PLAN RESPECTO A LA INFORMACIÓN SANITARIA SOBRE TI

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

CÓMO PUEDE EL PLAN UTILIZAR O DIVULGAR TU INFORMACIÓN SANITARIA

Las normas de privacidad generalmente permiten el uso y divulgación de tu información sanitaria sin tu permiso (conocido como autorización) para fines de tratamiento sanitario, actividades de pago y operaciones sanitarias. Aquí tienes algunos ejemplos de lo que esto podría implicar:

- **El tratamiento** incluye la provisión, coordinación o gestión sanitaria por uno o más proveedores de salud o médicos. El tratamiento también puede incluir la coordinación o gestión de la atención entre un proveedor y un tercero, así como consultas y derivaciones entre profesionales. Por ejemplo, el Plan puede compartir tu información de salud con los médicos que te están tratando.
- **El pago** incluye actividades de este Plan, otros planes o proveedores para obtener primas, tomar decisiones de cobertura y proporcionar reembolso por atención médica. Esto puede incluir determinar la elegibilidad, revisar servicios para determinar su necesidad médica o adecuación, participar en actividades de gestión de utilización, gestión de reclamaciones y facturación; así como realizar funciones "tras bambalinas" del plan, como ajuste de riesgos, cobro o reaseguro. Por ejemplo, el Plan puede compartir información sobre tu cobertura o los gastos que hayas incurrido con otro plan de salud para coordinar el pago de prestaciones.
- **Las operaciones** sanitarias incluyen actividades bajo este Plan (y, en circunstancias limitadas, por otros planes o proveedores), como programas de evaluación de bienestar y riesgos, actividades de evaluación y mejora de la calidad, atención al cliente y resolución interna de quejas. Las operaciones sanitarias también incluyen la evaluación de proveedores; la realización de actividades de acreditación, formación y acreditación; la realización de evaluación o calificación de primas; la organización de actividades de revisión médica y auditoría; y la planificación y desarrollo empresarial. Por ejemplo, el Plan puede utilizar información sobre tus reclamaciones para auditar a terceros que aprueban el pago de los beneficios del Plan.

La cantidad de información sanitaria utilizada, divulgada o solicitada será limitada y, cuando sea necesario, restringida al mínimo necesario para cumplir los fines previstos, según lo definido en las normas de HIPAA. Si el Plan utiliza o divulga Información Médica Personal (PHI) para fines de suscripción, no utilizará ni divulgará PHIs que sean tu información genética para tales fines.

Copyright 2026 Marsh Health & Benefits LLC. Todos los derechos reservados.

CÓMO EL PLAN PUEDE COMPARTIR TU INFORMACIÓN SANITARIA CON FOUNDATION BUILDING MATERIALS
El Plan, o su aseguradora de salud o la Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO), pueden divulgar tu información sanitaria sin tu autorización por escrito a Foundation Building Materials para fines administrativos del plan. Foundation Building Materials pueden necesitar tu información sanitaria para administrar los beneficios bajo el Plan. Foundation Building Materials acepta no utilizar ni divulgar tu información sanitaria salvo lo permitido o exigido por los documentos del Plan y por la ley. Recursos Humanos y Nóminas son los únicos empleados de Foundation Building Materials que tendrán acceso a tu información sanitaria para funciones administrativas del plan.

Así es como se puede compartir información adicional entre el Plan y Foundation Building Materials, según lo permitido por las normas de HIPAA:

- El Plan, o su aseguradora u HMO, puede divulgar "información sanitaria resumida" a Foundation Building Materials, si se solicita, con el fin de obtener ofertas de primas para proporcionar cobertura bajo el Plan o para modificar, enmendar o terminar el Plan. La información sanitaria resumida es la información que resume la información de reclamaciones de los participantes, de la cual se han eliminado nombres y otra información identificativa.
- El Plan, o su aseguradora o HMO, puede divulgar a Foundation Building Materials información sobre si una persona participa en el Plan o si se ha inscrito o dado de baja en una opción de seguro o HMO ofrecida por el Plan.

Además, debe saber que Foundation Building Materials no puede ni utilizará la información sanitaria obtenida del Plan para ninguna acción relacionada con el empleo. Sin embargo, la información sanitaria recopilada por Foundation Building Materials de otras fuentes — por ejemplo, bajo la Ley de Permisos Familiares y Médicos, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades o programas de compensación laboral — no está protegida por HIPAA (aunque este tipo de información puede estar protegida por otras leyes federales o estatales).

OTROS USOS O DIVULGACIONES PERMITIDAS DE TU INFORMACIÓN SANITARIA
En ciertos casos, tu información sanitaria puede ser divulgada sin autorización a un familiar, amigo cercano u otra persona que identifiques que esté involucrada en tu cuidado o en el pago por tu atención. La información sobre tu ubicación, estado general o fallecimiento puede ser proporcionada a una persona similar (o a una entidad pública o privada autorizada para ayudar en las labores de ayuda en desastres). Generalmente se te dará la oportunidad de aceptar u objetar estas divulgaciones (aunque pueden hacerse excepciones — por ejemplo, si no estás presente o si estás incapacitado). Además, tu información sanitaria puede ser divulgada sin autorización a tu representante legal. El Plan también puede usar o divulgar tu información sanitaria sin tu autorización por escrito para las siguientes actividades:

- **Compensación laboral**: Divulgaciones a programas legales de compensación laboral u similares que proporcionan prestaciones por lesiones o enfermedades laborales sin distinción de culpa, según lo autorizado y necesario para cumplir con las leyes
- **Necesario para prevenir una amenaza grave para la salud o la seguridad:** Divulgaciones realizadas con la creencia de buena fe de que divulgar su información sanitaria es necesario para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad pública o personal, si se hacen a alguien razonablemente capaz de prevenir o reducir la amenaza (o al objetivo de la amenaza); incluyen divulgaciones para ayudar a las fuerzas del orden a identificar o detener a una persona que haya admitido haber participado en un delito violento que el Plan razonablemente cree que puede haber causado daño físico grave a una víctima, o cuando parece que la persona ha escapado de prisión o de la custodia legal
- **Actividades de salud pública:** Divulgaciones autorizadas por ley a personas que puedan estar en riesgo de contraer o transmitir una enfermedad o condición; divulgaciones a las autoridades de salud pública para prevenir o controlar enfermedades o denunciar abuso o negligencia infantil; y divulgaciones a la Administración de Alimentos y Medicamentos para recopilar o reportar eventos adversos o defectos de producto
- **Víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica:** Divulgaciones a las autoridades gubernamentales, incluidos servicios sociales o agencias de servicios protegidos autorizadas por ley para recibir denuncias de abuso, negligencia o violencia doméstica, según lo requiera la ley o si estás de acuerdo o el Plan considera que la divulgación es necesaria para prevenir daños graves para ti o posibles víctimas (serás notificado de la divulgación del Plan si informarte no te pone en mayor riesgo)
- **Procedimientos judiciales y administrativos:** Divulgaciones en respuesta a una orden judicial o administrativa, citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal (el Plan puede estar obligado a notificarte la solicitud o a recibir una garantía satisfactoria de la parte que solicita tu información sanitaria de que se han hecho esfuerzos para notificarte o para obtener una orden de protección calificada respecto a dicha información)
- **Fines de aplicación de la ley:** Divulgaciones a funcionarios de seguridad requeridas por ley o proceso legal, o para identificar a un sospechoso, fugitivo, testigo o persona desaparecida; divulgaciones sobre una víctima de delito si está de acuerdo o si es necesaria para una actividad inmediata de las fuerzas del orden; divulgaciones sobre una muerte que pueda haber resultado de conducta delictiva; y divulgaciones para proporcionar pruebas de conducta delictiva en las instalaciones del Plan
- **Fallecidos:** Divulgaciones a un forense o forense para identificar al fallecido o determinar la causa de la muerte; y a los directores funerarios para que desempeñen sus funciones
- **Donación de órganos, ojos o tejidos:** Divulgaciones a organizaciones de obtención de órganos u otras entidades para facilitar la donación y trasplante de órganos, ojos o tejidos tras la muerte

Copyright 2026 Marsh Health & Benefits LLC. Todos los derechos reservados.

- **Propósitos de investigación:** Divulgaciones sujetas a aprobación por organismos institucionales o privados de revisión de privacidad, sujetas a ciertas garantías y representaciones por parte de los investigadores sobre la necesidad de utilizar tu información sanitaria y el tratamiento de dicha información durante un proyecto de investigación
- **Actividades de supervisión sanitaria:** Divulgaciones a agencias de salud sobre actividades autorizadas por la ley (auditorías, inspecciones, investigaciones o acciones de licencias) para la supervisión del sistema sanitario, programas de beneficios gubernamentales para los cuales la información sanitaria sea relevante para la elegibilidad de los beneficiarios, y cumplimiento de programas regulatorios o leyes de derechos civiles
- **Funciones gubernamentales especializadas**: Divulgaciones sobre personas que sean personal de las Fuerzas Armadas o personal militar extranjero bajo mando militar correspondiente; divulgaciones a funcionarios federales autorizados para actividades de seguridad nacional o inteligencia; y divulgaciones a centros penitenciarios o agentes de la ley bajo custodia sobre internos
- **Investigaciones del HHS:** Divulgación de tu información sanitaria al Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar el cumplimiento del Plan con la norma de privacidad de HIPAA

Excepto lo que se describe en este aviso, otros usos y divulgaciones se realizarán únicamente con tu autorización por escrito. Por ejemplo, en la mayoría de los casos, el Plan obtendrá tu autorización antes de comunicarse contigo sobre productos o programas si el Plan está siendo pagado por realizar esas comunicaciones. Si guardamos notas de psicoterapia en nuestros registros, obtendremos tu autorización en algunos casos antes de publicarlas. El Plan nunca venderá tu información sanitaria a menos que nos hayas autorizado a hacerlo. Puedes revocar tu autorización según lo permitido por las normas de HIPAA. Sin embargo, no puedes revocar tu autorización respecto a las divulgaciones que el Plan ya haya realizado. Serás notificado de cualquier acceso, uso o divulgación no autorizada de tu información sanitaria no protegida, según lo exige la ley.

El Plan te notificará si se entera de que ha habido una pérdida de tu información sanitaria de una manera que pueda comprometer la privacidad de tu información sanitaria.

TUS DERECHOS INDIVIDUALES
Tiene los siguientes derechos respecto a su información sanitaria que mantiene el Régimen. Estos derechos están sujetos a ciertas limitaciones, como se explica a continuación. Esta sección del aviso describe cómo puede ejercer cada derecho individual. Consulte la sección de Contacto al final de este aviso para obtener información sobre cómo presentar solicitudes.

DERECHO A SOLICITAR RESTRICCIONES SOBRE CIERTOS USOS Y DIVULGACIONES DE TU INFORMACIÓN SANITARIA Y DERECHO DEL PLAN A NEGARSE
Tienes derecho a pedir al Plan que restrinja el uso y la divulgación de tu información sanitaria para tratamiento, pago o operaciones sanitarias, excepto para usos o divulgaciones exigidas por la ley. Tienes derecho a pedir al Plan que restrinja el uso y la divulgación de tu información sanitaria a familiares, amigos cercanos u otras personas que identifiques como implicadas en tu cuidado o pago por tu atención. También tienes derecho a solicitar al Plan que restrinja el uso y la divulgación de información sanitaria para notificar a esas personas sobre tu ubicación, estado general o muerte — o coordinar esos esfuerzos con entidades que ayuden en las labores de ayuda ante desastres. Si quieres ejercer este derecho, tu solicitud al Plan debe ser por escrito.

El Plan no está obligado a aceptar una restricción solicitada. Si el Plan acepta, una restricción puede ser rescindida posteriormente mediante tu solicitud por escrito, por acuerdo entre tú y el Plan (incluido un acuerdo verbal), o unilateralmente por el Plan para la información sanitaria creada o recibida tras ser notificado de que el Plan ha eliminado las restricciones. El Plan también puede divulgar información sanitaria sobre ti si necesitas tratamiento de emergencia, incluso si el Plan ha aceptado una restricción.

Una entidad cubierta por estas normas HIPAA (como su proveedor de atención sanitaria) o su socio comercial debe cumplir con su solicitud de que la información sanitaria sobre un artículo o servicio sanitario específico no sea divulgada al Plan para fines de pago o operaciones sanitarias si ha pagado de su bolsillo y en su totalidad el artículo o servicio.

DERECHO A RECIBIR COMUNICACIONES CONFIDENCIALES SOBRE SU INFORMACIÓN SANITARIA
Si cree que la divulgación de su información sanitaria por los medios habituales podría ponerle en peligro de alguna manera, el Plan acomodará solicitudes razonables para recibir comunicaciones de información sanitaria del Plan por medios alternativos o en ubicaciones alternativas.

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

DERECHO A INSPECCIONAR Y COPIAR TU INFORMACIÓN SANITARIA
Con ciertas excepciones, tiene derecho a inspeccionar u obtener una copia de su información médica en un "conjunto de registros designado". Esto puede incluir registros médicos y de facturación mantenidos para un proveedor de atención sanitaria; sistemas de inscripción, pago, resolución de reclamaciones y gestión de casos o gestión médica mantenidos por un plan; o un conjunto de registros que el Plan utiliza para tomar decisiones sobre individuos. Sin embargo, no tiene derecho a inspeccionar u obtener copias de notas de psicoterapia ni de la información recopilada para procedimientos civiles, penales o administrativos. El Plan puede denegarle el derecho de acceso, aunque en determinadas circunstancias puede solicitar la revisión de la denegación.

Si desea ejercer este derecho, su solicitud al Plan debe ser por escrito. En un plazo de 30 días desde la recepción de su solicitud (60 días si la información sanitaria no está disponible en el lugar), el Plan le proporcionará una de estas respuestas:

Copyright 2026 Marsh Health & Benefits LLC. Todos los derechos reservados.

- El acceso o copias que solicitaste.
- Una denegación por escrito que explique por qué se denegó tu solicitud y cualquier derecho que tengas para que se revise la denegación o presentar una queja.
- Una declaración por escrito que indique que el plazo para revisar tu solicitud se prorrogará no más de 30 días más, junto con los motivos del retraso y la fecha en que el Plan espera atender tu solicitud.

Copyright 2026 Marsh Health & Benefits LLC. Todos los derechos reservados.

También puede solicitar que su información sanitaria sea enviada a otra entidad o persona, siempre que la solicitud sea clara, visible y específica. El Plan puede proporcionarle un resumen o explicación de la información en lugar de acceso o copias de su información sanitaria, si está de acuerdo con antelación y paga las tasas aplicables. El Plan también puede cobrar tarifas razonables por copias o envíos. Si el Plan no mantiene la información sanitaria pero sabe dónde se conserva, se le informará sobre dónde dirigir su solicitud.

Si el Plan mantiene sus registros en formato electrónico, puede solicitar una copia electrónica de su información sanitaria en un formato y forma fácilmente producibles. También puede solicitar que dicha información sanitaria electrónica se envíe a otra entidad o persona, siempre que la solicitud sea clara, visible y específica. Cualquier cargo que se le imponga por estas copias debe ser razonable y basarse en el coste del Plan.

DERECHO A MODIFICAR TU INFORMACIÓN SANITARIA QUE SEA INEXACTA O INCOMPLETA
Con ciertas excepciones, tiene derecho a solicitar que el Plan modifique su información sanitaria en un conjunto de registros designado. El Plan puede denegar su solicitud por varias razones. Por ejemplo, su solicitud puede ser denegada si la información sanitaria es precisa y completa, no fue creada por el Plan (a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible), no forme parte del conjunto de registros designado o no esté disponible para su inspección (por ejemplo, notas de psicoterapia o información recopilada para procedimientos civiles, penales o administrativos).

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

- Haz la enmienda como se solicita.
- Proporciona una denegación por escrito que explique por qué se te denegó la solicitud y cualquier derecho que tengas para discrepar o presentar una queja.
- Proporciona una declaración por escrito indicando que el plazo para revisar tu solicitud se prorrogará no más de 30 días más, junto con los motivos del retraso y la fecha en que el Plan espera atender tu solicitud.

DERECHO A RECIBIR UN INFORME DE DIVULGACIÓN DE TU INFORMACIÓN SANITARIA
Tiene derecho a una lista de ciertas divulgaciones de su información sanitaria que el Plan haya realizado. Esto suele denominarse "contabilidad de divulgaciones". Generalmente puede recibir esta contabilidad si la ley exige la divulgación, en relación con actividades de salud pública, o en situaciones similares que se enumeran en la sección de Otros Usos Permitidos o Divulgaciones de su Información de Salud anteriormente en este aviso, salvo que se indique lo contrario a continuación.

Puedes recibir información sobre las divulgaciones de tu información sanitaria hasta seis años antes de la fecha de tu solicitud. No tienes derecho a recibir un informe de ninguna divulgación realizada en cualquiera de estas circunstancias:

- Para tratamiento, pago o operaciones sanitarias.
- A ti sobre tu propia información de salud.
- Incidental a otras divulgaciones permitidas o requeridas.
- Cuando se proporcionó autorización.
- A familiares o amigos involucrados en tu cuidado (cuando se permite la divulgación sin autorización).
- Para fines de seguridad nacional o inteligencia, o para instituciones penitenciarias o agentes de la ley en determinadas circunstancias.
- Como parte de un "conjunto de datos limitado" (información sanitaria que excluye cierta información identificativa).

Además, tu derecho a rendir cuentas de las divulgaciones a una agencia de supervisión sanitaria o a un funcionario de la ley puede ser suspendido a petición de dicha agencia o funcionario.

Si desea ejercer este derecho, su solicitud al Plan debe ser por escrito. En un plazo de 60 días desde la solicitud, el Plan le proporcionará la lista de divulgaciones o una declaración escrita de que el plazo para proporcionar esta lista se prorrogará no más de 30 días más, junto con las razones del retraso y la fecha en que el Plan espera atender su solicitud. Puede hacer una solicitud en cualquier periodo de 12 meses sin coste para usted, pero el Plan puede cobrar una tarifa por solicitudes posteriores. Se le notificará de la tasa con antelación y tendrá la oportunidad de modificar o revocar su solicitud.

DERECHO A OBTENER UNA COPIA EN PAPEL DE ESTE AVISO DEL PLAN SI LO SOLICITAN
Tiene derecho a obtener una copia en papel de este aviso de privacidad si lo solicite. Incluso las personas que aceptaron recibir este aviso electrónicamente pueden solicitar una copia en papel en cualquier momento.

Copyright 2026 Marsh Health & Benefits LLC. Todos los derechos reservados.

CAMBIOS EN LA INFORMACIÓN DE ESTE AVISO

El Plan debe cumplir con los términos del aviso de privacidad vigente. Este aviso entra en vigor el 1 de enero de 2027. Sin embargo, el Plan se reserva el derecho de modificar los términos de sus políticas de privacidad, tal como se describe en este aviso, en cualquier momento y de hacer efectivas nuevas disposiciones para toda la información sanitaria que el Plan mantenga. Esto incluye información sanitaria que haya sido creada o recibida anteriormente, no solo la información sanitaria creada o recibida tras el cambio de la política. Si se realizan cambios en las políticas de privacidad descritas en este aviso, se le proporcionará un aviso de privacidad revisado.

QUEJAS

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad o que su Plan no ha cumplido con sus obligaciones legales bajo HIPAA, puede presentar una queja al Plan y al Secretario de Salud y Servicios Humanos. No será objeto de represalias por presentar una queja. Para presentar una queja, contacte con Pragna Patel en el 657-900-3220.

CONTACTO

Para más información sobre las políticas de privacidad del Plan o sus derechos bajo HIPAA, contacte con Pragna Patel en el 657-900-3220.

Copyright 2026 Marsh Health & Benefits LLC. Todos los derechos reservados.

OPCIONES DE COBERTURA DEL MERCADO DE SEGUROS DE SALUD Y TU COBERTURA SANITARIA

PARTE A: INFORMACIÓN GENERAL
Incluso si te ofrecen cobertura médica a través de tu empleo, es posible que dispongas de otras opciones de cobertura a través del Mercado de Seguros de Salud ("Mercado"). Para ayudarte a evaluar opciones para ti y tu familia, este aviso proporciona información básica sobre el Mercado de Seguros de Salud y la cobertura de salud que ofrece tu empleo.

¿QUÉ ES EL MERCADO DE SEGUROS DE SALUD?
El Mercado está diseñado para ayudarte a encontrar un seguro de salud que se adapte a tus necesidades y a tu presupuesto. El Mercado ofrece un "punto de venta" para encontrar y comparar opciones de seguro médico privado en tu zona geográfica.

¿PUEDO AHORRAR DINERO EN MIS PRIMAS DE SEGURO MÉDICO EN EL MERCADO?
Podrías calificar para ahorrar dinero y reducir tu prima mensual y otros gastos de bolsillo, pero solo si tu empleador no ofrece cobertura, o una cobertura que no se considera asequible para ti y que no cumple ciertos estándares mínimos de valor (que se explican más abajo). El ahorro al que tienes derecho depende de los ingresos de tu hogar. También podrías ser elegible para un crédito fiscal que reduzca tus costes.

¿LA COBERTURA SANITARIA DEL EMPLEADOR AFECTA LA ELEGIBILIDAD PARA AHORRAR EN PRIMAS A TRAVÉS DEL MERCADO?
Sí. Si tienes una oferta de cobertura sanitaria de tu empleador que se considera asequible para ti y cumple ciertos estándares mínimos de valor, no serás elegible para un crédito fiscal ni un pago anticipado del crédito fiscal para tu cobertura del Mercado y puede que quieras inscribirte en tu plan de salud basado en el empleo. Sin embargo, podrías ser elegible para un crédito fiscal y pagos anticipados del crédito que reduzcan tu prima mensual, o una reducción en ciertos costes compartidos, si tu empleador no te ofrece cobertura en absoluto o no ofrece una cobertura considerada asequible para ti o que cumpla con los estándares mínimos de valor. Si tu parte del coste de la prima de todos los planes que te ofrecen a través de tu empleo es superior al 10,22% para 2027[1] de tus ingresos familiares anuales, o si la cobertura a través de tu empleo no cumple con el estándar de "valor mínimo" establecido por la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, podrías ser elegible para un crédito fiscal y el pago anticipado del crédito si no te inscribes en la cobertura sanitaria basada en el empleo.

Para los familiares del empleado, la cobertura se considera asequible si el coste de las primas para el plan de menor coste que cubriría a todos los miembros de la familia no supera el 10,22% en 2027[2] de los ingresos familiares del empleado.

Nota: Si compras un plan de salud a través del Mercado en lugar de aceptar la cobertura de salud ofrecida a través de tu empleo, podrías perder el acceso a lo que el empleador aporte a la cobertura basada en el empleo. Además, esta contribución del empleador —así como la contribución de tu empleado a la cobertura basada en el empleo— generalmente se excluye de los ingresos para fines fiscales federales y estatales. Tus pagos por cobertura a través del Mercado se realizan después de impuestos. Además, ten en cuenta que si la cobertura sanitaria ofrecida a través de tu empleo no cumple con los estándares de asequibilidad o valor mínimo, pero aceptas esa cobertura de todos modos, no serás elegible para un crédito fiscal. Debes tener en cuenta todos estos factores a la hora de decidir si contratar un plan de salud a través del Mercado.

¿Cuándo puedo inscribirme en un seguro de salud a través del mercado?
Puedes inscribirte en un plan de seguro de salud del Mercado durante el Periodo Anual de Inscripción Abierta del Mercado. La inscripción abierta varía según el estado, pero generalmente comienza el 1 de noviembre y continúa al menos hasta el 15 de diciembre.
Fuera del Periodo Anual de Inscripción Abierta, puedes inscribirte en un seguro médico si cumples los requisitos para un Periodo Especial de Inscripción. En general, calificas para un Periodo Especial de Inscripción si has tenido ciertos eventos vitales que califican, como casarte, tener un bebé, adoptar un hijo o perder la elegibilidad para otra cobertura médica. Dependiendo del tipo de Periodo de Inscripción Especial, puedes disponer de 60 días antes o 60 días después del evento vital que califica para inscribirte en un plan del Mercado.

¿Y qué hay de las alternativas a la cobertura de seguro de salud del mercado?
Si usted o su familia sois elegibles para cobertura en un plan de salud basado en el empleo (como un plan de salud patrocinado por el empleador), usted o su familia también pueden ser elegibles para un Periodo Especial de Inscripción para inscribirse en ese plan en determinadas circunstancias, incluyendo si usted o sus dependientes estaban inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP y perdieron esa cobertura. Generalmente, dispone de 60 días tras la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP para inscribirse en un plan de salud basado en el empleo. Confirme la fecha límite con su empleador o con su plan de salud basado en el empleo.

Alternativamente, puedes inscribirte en la cobertura de Medicaid o CHIP en cualquier momento rellenando una solicitud a través del Marketplace o solicitando directamente a través de tu agencia estatal de Medicaid. Visita https://www.healthcare.gov/medicaid-chip/getting-medicaid-chip/ para más detalles.

¿CÓMO PUEDO OBTENER MÁS INFORMACIÓN?

---

[1] Indexado anualmente; https://www.irs.gov/pub/irs-drop/rp-26-26.pdf para 2027

[2] Un plan de salud patrocinado por el empleador u otro plan basado en el empleo cumple con el "estándar de valor mínimo" si la parte del plan en el total de los costes permitidos de beneficios cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costes. Para efectos de la elegibilidad para el crédito fiscal por primas, para cumplir con el "estándar mínimo de valor", el plan de salud debe también proporcionar una cobertura sustancial tanto de los servicios hospitalarios hospitalarios como de los servicios médicos.

Copyright 2026 Marsh Health & Benefits LLC. Todos los derechos reservados.

Para más información sobre la cobertura que ofrece su empleador, consulte la descripción resumida de su plan o contacte con su Generalista de Recursos Humanos local.

El Mercado puede ayudarte a evaluar tus opciones de cobertura, incluyendo tu elegibilidad para la cobertura a través del Mercado y su coste. Por favor, visita **HealthCare.gov** para más información, incluyendo una solicitud en línea para la cobertura de seguro de salud e información de contacto de un Mercado de Seguros de Salud en tu zona.

PARTE B: INFORMACIÓN SOBRE LA COBERTURA SANITARIA OFRECIDA POR TU EMPLEADOR

Esta sección contiene información sobre cualquier cobertura sanitaria ofrecida por su empleador. Si decide completar una solicitud de cobertura en el Mercado, se le pedirá que proporcione esta información.

1. Nombre del empleador	**Foundation Building Materials**	2. Número de identificación del empleador (EIN)			**27-4538887**
3. Dirección del empleador	**2520 Red Hill Ave.**	4. Número de teléfono del empleador		**714-460-4836**	
5. Ciudad	**Santa Ana**	6. Estado	**CA**	7. Código postal	**92705**
8. ¿A quién podemos contactar para la cobertura sanitaria de los empleados en este trabajo?	**Pragna Patel**				
9. Número de teléfono (si es diferente al anterior)	**657-900-3220**	10. Dirección de correo electrónico	**Pragna.Patel@myfbm.com**		

Aquí tienes información básica sobre la cobertura sanitaria que ofrece este empleador:

Como tu empleador, ofrecemos un plan de salud para:

☐ Todos los empleados.

☑ Algunos empleados. Los empleados elegibles son: empleados regulares a tiempo completo que trabajan 30 horas por semana. o más por semana

Respecto a los dependientes:

☑ Ofrecemos cobertura. Los dependientes elegibles son: cónyuge legal, cónyuge del mismo sexo, miembros de uniones civiles, hijos dependientes hasta los 26 años e hijos solteros con discapacidad de cualquier edad

☐ No ofrecemos cobertura.

☑ Si se verifica, esta cobertura cumple con el estándar mínimo de valor, y el coste de esta cobertura para ti está pensado para ser asequible, según salarios de los empleados.

Incluso si tu empleador quiere que tu cobertura sea asequible, aún puedes ser elegible para un descuento en la prima a través del Mercado. El Mercado utilizará los ingresos de tu hogar, junto con otros factores, para determinar si puedes optar a un descuento en la prima. Si, por ejemplo, tus salarios varían de semana en semana (quizá eres un empleado por horas o trabajas a comisión), si eres nuevo empleado a mitad de año, o si tienes otras pérdidas de ingresos, aún podrías optar a un descuento en la prima.

Si decides buscar cobertura en el Marketplace, **HealthCare.gov** te guiará durante todo el proceso.

Copyright 2026 Marsh Health & Benefits LLC. Todos los derechos reservados.