INDUSTRIAL FABRICATION SERVICES LLC

Guía de Beneficios para Empleados

1 de abril de 2026 al 31 de marzo de 2027

Médico	Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma	Comienza el 1 de abril de 2026
Dental	Delta Dental of Oklahoma	Comienza el 1 de abril de 2026
Visión	VSP Vision Care	Comienza el 1 de abril de 2026

Bienvenido

Industrial Fabrication Services LLC ofrece cobertura médica, dental y de visión para ayudarle a usted y a su familia a mantenerse sanos y proteger su presupuesto. Esta guía explica cada beneficio, cuánto le cuesta cada mes y cómo usarlo.

PALABRAS QUE DEBE CONOCER

Prima	El costo mensual de la cobertura, pagado por medio de deducción de nómina.
Deducible	Lo que paga cada año por atención cubierta antes de que el plan empiece a pagar su parte.
Copago	Una cantidad fija en dólares por un servicio, como $35 por una visita al médico.
Coseguro	Su porcentaje de la factura después de cumplir con el deducible, como el 30%.
Máximo de gastos de bolsillo	Lo máximo que pagará en un año por atención cubierta dentro de la red. Después de alcanzarlo, el plan paga el 100%.
Red	Médicos y centros que tienen contrato con la aseguradora. Siempre pagará menos si se mantiene dentro de la red.

Elegibilidad e inscripción

QUIÉN ES ELEGIBLE

- **Usted:** empleados de tiempo completo que trabajan un promedio de 30 horas o más por semana
- **Su cónyuge**
- **Sus hijos** hasta los 26 años para cobertura médica, dental y de visión

CUÁNDO COMIENZA LA COBERTURA

Empleados nuevos: el día 1 del mes después de cumplir 60 días de empleo.

CUÁNDO TERMINA LA COBERTURA

El último día del mes en que termina su empleo.

EVENTOS DE VIDA QUE CALIFICAN

- Matrimonio o divorcio
- Nacimiento o adopción de un hijo
- Fallecimiento de un cónyuge o dependiente
- Usted o un dependiente obtiene o pierde otra cobertura
- Un cambio en su situación laboral que afecte su elegibilidad
- Un hijo que cumple 26 años

> Avise a Recursos Humanos dentro de los **30 días** posteriores al evento para hacer un cambio. Si obtiene o pierde la elegibilidad para Medicaid o CHIP (programa de seguro médico para niños), tiene 60 días. ¿Va a agregar a un recién nacido? Entregue los documentos sin el número de Seguro Social y proporciónelo cuando lo tenga.

CUÁNDO PUEDE INSCRIBIRSE

Cuando sea elegible por primera vez y cada año durante la inscripción abierta. Sus elecciones se mantienen durante todo el año del plan, a menos que tenga un evento de vida que califique.

Esta guía es un resumen. Si algo aquí difiere de los documentos oficiales del plan, prevalecen los documentos del plan.

BLUE CROSS AND BLUE SHIELD OF OKLAHOMA

Blue Advantage PPO A301

ID del plan AOBAP301 Red Blue Advantage PPO

Las visitas al consultorio, la atención de urgencia y las recetas tienen copagos fijos sin deducible, y la atención preventiva, los análisis de laboratorio y las radiografías están cubiertos sin costo. No necesita referencia para ver a un especialista.

LO QUE USTED PAGA POR LA ATENCIÓN (DENTRO DE LA RED)

Deducible (individual / familiar)	**$1,250 / $3,750**
Coseguro (lo que usted paga, después del deducible)	**30%**
Máximo de gastos de bolsillo (individual / familiar)	**$3,000 / $9,000**
Atención preventiva	**$0, sin deducible**
Visita de atención primaria	**Copago de $35, sin deducible**
Visita al especialista	**Copago de $60, sin deducible**
Atención de urgencia	**Copago de $50, sin deducible**
Sala de emergencias	**Copago de $400 + 30% después del deducible (no se cobra el copago si lo hospitalizan)**
Ambulancia	**$0, sin deducible**
Análisis de laboratorio y radiografías	**$0, sin deducible**
Resonancia, tomografía y PET	**30% después del deducible**
Cirugía ambulatoria (centro)	**Copago de $150 + 30% después del deducible**
Estancia en el hospital (centro)	**Copago de $200 + 30% después del deducible**
Salud mental (ambulatoria)	**$35 por visita al consultorio, sin deducible; 30% después del deducible para otros servicios**

SU COSTO

Nivel de cobertura	Mensual	Por cheque
Solo el empleado	$193.27	**$89.20**
Empleado + cónyuge	$704.27	**$325.05**
Empleado + hijo(s)	$504.90	**$233.03**
Empleado + familia	$1,015.89	**$468.87**

RECETAS

Genérico preferido	**$0 / $10**
Genérico no preferido	**$10 / $20**
De marca preferido	**$50 / $70**
De marca no preferido	**$100 / $120**
Especializado (preferido / no preferido)	**$150 / $250**

Suministro de 30 días en farmacia minorista, farmacia preferida / otra farmacia participante. No aplica el deducible. La insulina cubierta tiene un límite de $30 por un suministro de 30 días.

Encuentre un médico: use el buscador de proveedores de Blue Advantage PPO para asegurarse de que sus médicos estén dentro de la red. **Beneficios fuera de la red:** consulte la Descripción Resumida del Plan para la cobertura fuera de la red. Siempre pagará menos si usa proveedores dentro de la red.

Blue Access for Members (BAM) Cree su cuenta en mybam.bcbsok.com o descargue la aplicación BCBSOK. Vea su tarjeta de identificación, encuentre un médico, revise sus reclamos y dé seguimiento a su deducible. **Visitas virtuales (MDLIVE):** atención las 24 horas, los 7 días, para casos que no son de emergencia, por teléfono o video en MDLIVE.com/bcbsok o al 888-970-4081. **Línea de enfermería 24/7:** 800-581-0407. **¿Va de viaje?** BlueCard le da atención dentro de la red en todo EE. UU.: 800-810-2583.

BCBSOK
1-800-942-5837

DELTA DENTAL OF OKLAHOMA

Delta Dental PPO

Las limpiezas, los exámenes y las radiografías están cubiertos al 100% y no cuentan para su máximo anual. La cobertura comienza el **1 de abril de 2026**.

LO QUE PAGA EL PLAN (DENTRO DE LA RED)

Deducible	**$50 por persona, $150 por familia**
Máximo anual	**$1,500 por persona**
Preventivo Exámenes, limpiezas, radiografías, selladores	**100%, sin deducible**
Básico Empastes, extracciones, endodoncias, enfermedad de encías, cirugía oral	**80% después del deducible**
Mayor Coronas, puentes, dentaduras, implantes	**50% después del deducible**
Ortodoncia	**50%, niños de 18 años o menores**
Máximo de por vida de ortodoncia	**$1,500 por niño**
Limpiezas	**2 en cualquier período de 12 meses consecutivos**

SU COSTO

Nivel de cobertura	Mensual	Por cheque
Solo el empleado	$35.00	**$16.15**
Empleado + cónyuge	$72.00	**$33.23**
Empleado + hijo(s)	$88.00	**$40.62**
Empleado + familia	$119.00	**$54.92**

El seguro dental lo paga 100% el empleado. Usted paga la prima mensual completa por medio de deducción de nómina.

Health through Oral Wellness (HOW): los miembros con mayor riesgo de caries o enfermedad de las encías pueden calificar para limpiezas y fluoruro adicionales. Visite DeltaDentalOK.org/HOW.

Delta Dental Spotlight Cree su cuenta de Spotlight en DeltaDentalOK.org/Spotlight para ver su tarjeta de identificación, revisar sus beneficios y reclamos, y encontrar un dentista de la red.

Delta Dental
1-800-522-0188

VSP VISION CARE

VSP Choice Plan

Un examen de la vista al año y lentes nuevos cada 12 meses por un copago de $20 con un médico de la red VSP. La cobertura comienza el **1 de abril de 2026**.

LO QUE USTED PAGA (DENTRO DE LA RED)

Examen de la vista, cada 12 meses	**Copago de $20**
Lentes y armazones	**Copago de $20**
Lentes (monofocales, bifocales, trifocales), cada 12 meses	**Cubierto después del copago**
Asignación para armazones, cada 24 meses	**$200**
Lentes de contacto, cada 12 meses (en lugar de anteojos)	**Asignación de $200**

SU COSTO

Nivel de cobertura	Mensual	Por cheque
Solo el empleado	$17.10	**$7.89**
Empleado + cónyuge	$24.76	**$11.43**
Empleado + hijo(s)	$25.19	**$11.63**
Empleado + familia	$37.95	**$17.52**

El seguro de visión lo paga 100% el empleado. Usted paga la prima mensual completa por medio de deducción de nómina.

FUERA DE LA RED

Recibirá un reembolso cuando use un proveedor fuera de la red, pero es posible que el proveedor no presente el reclamo por usted.

BENEFICIOS ADICIONALES

- Programa de Protección de Anteojos: reemplazo gratuito de un armazón destacado roto dentro de 12 meses
- Beneficios exclusivos para miembros: ahorros en anteojos, lentes de contacto y LASIK en vsp.com/offers
- TruHearing: descuentos en aparatos auditivos

VSP Vision Care Cree una cuenta en vsp.com para ver sus beneficios, imprimir su tarjeta de identificación y encontrar un médico de la red.

VSP
1-800-877-7195

ENLIGHTEN
BENEFITS

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudarle.

Enlighten Benefits es el socio de beneficios de Industrial Fabrication Services LLC. Comuníquese con nosotros cuando tenga una pregunta sobre su cobertura, un reclamo o un cambio en su vida que afecte sus beneficios.

Quién	Contacto	Teléfono	Correo electrónico
Gerente de cuenta	Oficina de Enlighten Benefits	(539) 217-1383	office@enlightenbenefits.com
Corredor	Allie Lile	(539) 217-1383	Allie@enlightenbenefits.com

El documento Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) le ayudará a elegir un plan de salud. El SBC le muestra cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios de salud cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este plan (llamado prima) se proporcionará por separado. Esto es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite www.bcbsok.com/member/2026-policy-documents o llame al 1-800-942-5837. Para ver las definiciones generales de términos comunes, como cantidad permitida, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.healthcare.gov/sbc-glossary/ o llamar al 1-855-756-4448 para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el deducible total?	Dentro de la red: $1,250 individual/ $3,750 familiar Fuera de la red: $2,500 individual/$7,500 familiar	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si tiene otros familiares en el plan, cada uno debe cumplir con su propio deducible individual hasta que el total de gastos de deducible pagados por todos los familiares cumpla con el deducible familiar total.
¿Hay servicios cubiertos antes de cumplir con su deducible?	Sí. La salud preventiva dentro de la red, ciertos servicios con copago, los medicamentos recetados, la ambulancia y las pruebas de diagnóstico están cubiertos antes de cumplir con su deducible.	Este plan cubre algunos artículos y servicios aunque usted todavía no haya cumplido con el deducible. Sin embargo, puede aplicarse un copago o coseguro. Por ejemplo, este plan cubre ciertos servicios preventivos sin costo compartido y antes de que cumpla con su deducible. Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/.
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	Sí. Sala de emergencias $400; hospitalización $200/$300; centro de cirugía ambulatoria $150/ $250. No hay otros deducibles específicos.	Usted debe pagar todos los costos de estos servicios hasta la cantidad del deducible específico antes de que este plan comience a pagar por estos servicios.
¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo de este plan?	Dentro de la red: $3,000 individual/ $9,000 familiar Fuera de la red: $9,000 individual/$27,000 familiar	El límite de gastos de bolsillo es lo máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros familiares en este plan, cada uno debe cumplir con su propio límite de gastos de bolsillo hasta que se cumpla el límite familiar total.
¿Qué no se incluye en el límite de gastos de bolsillo?	Las primas, los cargos de facturación de saldo y la atención médica que este plan no cubre.	Aunque usted paga estos gastos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo.
¿Pagará menos si usa un proveedor de la red?	Sí. Visite www.bcbsok.com/ blueadvantage o llame al 1-800-942-5837 para ver una lista de proveedores de la red.	Este plan usa una red de proveedores. Pagará menos si usa un proveedor de la red del plan. Pagará más si usa un proveedor fuera de la red, y podría recibir una factura del proveedor por la diferencia entre lo que cobra el proveedor y lo que paga su plan (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor de la red podría usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir servicios.
¿Necesita una referencia para ver a un especialista?	No.	Puede ver al especialista que elija sin una referencia.

Todos los costos de **copago** y **coseguro** que se muestran en esta tabla son después de cumplir con su **deducible**, si aplica un **deducible**.

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (usted pagará lo máximo)	
Si visita el consultorio o la clínica de un proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	$35/visita; no aplica el deducible	30% de coseguro	Hay visitas de telemedicina disponibles. Consulte su folleto de beneficios* para más detalles.
	Visita al especialista	$60/visita; no aplica el deducible	30% de coseguro	Ninguna
	Atención preventiva/ evaluación/ vacunas	Sin cargo; no aplica el deducible	30% de coseguro	Es posible que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego verifique lo que pagará su plan.
Si se hace una prueba	Prueba de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre)	Sin cargo; no aplica el deducible	30% de coseguro	Puede requerirse autorización previa; consulte su folleto de beneficios* para más detalles.
	Imágenes (tomografías/ estudios PET, resonancias)	30% de coseguro	40% de coseguro	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Hay más información sobre la **cobertura de medicamentos recetados** en www.bcbsok.com/rx-drugs/drug-lists/drug-lists	Medicamentos genéricos (preferidos)	Minorista - Preferida - Sin cargo Participante - $10/receta Por correo - Sin cargo; no aplica el deducible	Minorista - $10/receta; no aplica el deducible	Limitado a un suministro de 30 días en farmacias minoristas (o un suministro de 90 días en una red de farmacias minoristas selectas). Hasta un suministro de 90 días por correo. Los medicamentos especializados se limitan a un suministro de 30 días, excepto ciertos regímenes de dosis designados por la FDA. Se requiere autorización previa para ciertos medicamentos. También es posible que deba pagar la diferencia entre el costo de un medicamento de marca y uno genérico si hay un genérico disponible. Su costo por un medicamento de insulina cubierto no será mayor de $30 por un suministro de 30 días o $90 por un suministro de 90 días.
	Medicamentos genéricos (no preferidos)	Minorista - Preferida - $10/receta Participante - $20/ receta Por correo - $30/receta; no aplica el deducible	Minorista - $20/receta; no aplica el deducible	
	Medicamentos de marca (preferidos)	Minorista - Preferida - $50/receta Participante - $70/ receta Por correo - $150/receta; no aplica el deducible	Minorista - $70/receta; no aplica el deducible	

*Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en www.bcbsok.com/member/2026-policy-documents.

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (usted pagará lo máximo)	
	Medicamentos de marca (no preferidos)	Minorista - Preferida - $100/receta Participante - $120/ receta Por correo - $300/receta; no aplica el deducible	Minorista - $120/ receta; no aplica el deducible	
	Medicamentos especializados (preferidos)	$150/receta; no aplica el deducible	$150/receta; no aplica el deducible, más un cargo adicional del 50%	
	Medicamentos especializados (no preferidos)	$250/receta; no aplica el deducible	$250/receta; no aplica el deducible, más un cargo adicional del 50%	
Si tiene una cirugía ambulatoria	Cargo del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	$150/visita más 30% de coseguro	$250/visita más 40% de coseguro	Puede requerirse autorización previa. Para la terapia de infusión ambulatoria, consulte su folleto de beneficios* para más detalles.
	Honorarios del médico/cirujano	30% de coseguro	40% de coseguro	

*Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en www.bcbsok.com/member/2026-policy-documents.

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (usted pagará lo máximo)	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	$400/visita más 30% de coseguro	$400/visita más 30% de coseguro	No se cobra el deducible por ocasión si lo hospitalizan. El costo compartido fuera de la red está sujeto al deducible de la red.
	Transporte médico de emergencia	Sin cargo; no aplica el deducible	Sin cargo; no aplica el deducible	Ninguna
	Atención de urgencia	$50/visita; no aplica el deducible	30% de coseguro	Ninguna
Si tiene una estancia en el hospital	Cargo del centro (p. ej., habitación de hospital)	$200/visita más 30% de coseguro	$300/visita más 40% de coseguro	Se requiere autorización previa. Multa de $500 si no obtiene la autorización previa. Consulte su folleto de beneficios* para más detalles.
	Honorarios del médico/cirujano	30% de coseguro	40% de coseguro	Se requiere autorización previa. Consulte su folleto de beneficios* para más detalles.
Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	$35/visita al consultorio; no aplica el deducible, o 30% de coseguro para otros servicios ambulatorios	30% de coseguro por visita al consultorio o 40% de coseguro por otros servicios ambulatorios	Se requiere autorización previa. Consulte su folleto de beneficios* para más detalles.
	Servicios de hospitalización	$200/visita más 30% de coseguro	$300/visita más 40% de coseguro	Se requiere autorización previa. Multa de $500 si no obtiene la autorización previa.
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Atención primaria: $35/visita Especialista: $60/visita; no aplica el deducible	30% de coseguro	El copago aplica solo a la primera visita prenatal (por embarazo). El costo compartido no aplica a los servicios preventivos. Según el

*Para obtener más información sobre limitaciones y excepciones, consulte el documento del plan o de la póliza en www.bcbsok.com/member/2026-policy-documents.

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (usted pagará lo mínimo)	Proveedor fuera de la red (usted pagará lo máximo)	
	Servicios profesionales de parto	30% de coseguro	40% de coseguro	tipo de servicio, puede aplicarse un copago, coseguro o deducible. La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del SBC (por ejemplo, ultrasonido).
	Servicios del centro para el parto	$200/visita más 30% de coseguro	$300/visita más 40% de coseguro	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades de salud especiales	Atención médica en el hogar	30% de coseguro	40% de coseguro	30 visitas/período de beneficios. Multa de $500 si no obtiene la autorización previa.
	Servicios de rehabilitación	30% de coseguro	40% de coseguro	Ambulatorio: límite separado de 25 visitas por período de beneficios para servicios de rehabilitación y habilitación, que incluye terapia física, del habla, ocupacional y manipulación muscular. Hospitalización: máximo separado de 30 días de servicios de rehabilitación y habilitación por período de beneficios. Multa de $500 si no obtiene la autorización previa.
	Servicios de habilitación	30% de coseguro	40% de coseguro	
	Enfermería especializada	30% de coseguro	40% de coseguro	Máximo de 30 días de hospitalización por período. Multa de $500 sin autorización previa.
	Equipo médico duradero	30% de coseguro	40% de coseguro	Alquiler o compra por necesidad médica, a criterio del plan.
	Cuidados paliativos	30% de coseguro	40% de coseguro	Multa de $500 si no obtiene la autorización previa.
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de vista infantil	No cubierto	No cubierto	Ninguna
	Anteojos para niños	No cubierto	No cubierto	
	Revisión dental para niños	No cubierto	No cubierto	

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan generalmente NO cubre (Consulte su póliza o documento del plan para más información y una lista de otros servicios excluidos.)

- Aborto (a menos que la vida de la persona embarazada esté en peligro)
- Acupuntura
- Cirugía estética (con excepción de la reparación de lesiones accidentales y algunos casos para mejorar el funcionamiento fisiológico de una parte del cuerpo malformada)
- Atención dental (adultos)
- Tratamiento de infertilidad (diagnóstico de la causa de la infertilidad; tratamiento quirúrgico para corregir la afección médica que causa la infertilidad)
- Atención a largo plazo
- Atención rutinaria de la vista (adultos)
- Cuidado rutinario de los pies (excepto diabéticos)
- Programas para bajar de peso

Otros servicios cubiertos (Pueden aplicarse limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su plan.)

- Cirugía bariátrica
- Atención quiropráctica (máximo de 25 visitas por año de beneficios combinadas con terapias ambulatorias)
- Aparatos auditivos (un aparato por oído cada 48 meses)
- Atención que no es de emergencia al viajar fuera de EE. UU. (con excepción de servicios y suministros proporcionados a un suscriptor fuera de Estados Unidos si el suscriptor viajó a ese lugar con el fin de recibir servicios médicos, suministros o medicamentos)
- Enfermería privada (limitada a 85 visitas por año)

Sus derechos a continuar la cobertura: Hay agencias que pueden ayudarle si desea continuar su cobertura después de que termine. La información de contacto de esas agencias es: Para cobertura de salud grupal, comuníquese con el plan, Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma, al 1-800-942-5837 o visite www.bcbsok.com. Para cobertura de salud grupal sujeta a ERISA, comuníquese con la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de EE. UU. al 1-866-444-EBSA (3272) o visite www.dol.gov/ebsa/healthreform. Para planes de salud grupales gubernamentales no federales, comuníquese con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros, al 1-877-267-2323 x61565 o visite www.cciio.cms.gov. Los planes de iglesias no están cubiertos por las reglas federales de continuación de cobertura COBRA. Si la cobertura es asegurada, las personas deben comunicarse con el regulador de seguros de su estado sobre sus posibles derechos de continuación de cobertura según la ley estatal. Es posible que tenga otras opciones de cobertura, incluida la compra de un seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos de queja y apelación: Hay agencias que pueden ayudarle si tiene una queja contra su plan por la denegación de un reclamo. Esta queja se llama queja formal o apelación. Para más información sobre sus derechos, revise la explicación de beneficios que recibirá por ese reclamo médico. Los documentos de su plan también brindan información completa sobre cómo presentar un reclamo, una apelación o una queja formal a su plan por cualquier motivo. Para más información sobre sus derechos, este aviso o ayuda, comuníquese con: Para cobertura de salud grupal sujeta a ERISA: el plan al 1-800-942-5837 o visite www.bcbsok.com, la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de EE. UU. al 1-866-444-EBSA (3272) o www.dol.gov/ebsa/healthreform, y el Departamento de Seguros de Oklahoma, Protección al Consumidor, al 1-405-521-2991 o www.oid.ok.gov. Para planes de salud grupales gubernamentales no federales y planes de iglesias que son planes de salud grupales, el plan al 1-800-942-5837 o www.bcbsok.com, o comuníquese con el Departamento de Seguros de Oklahoma, Protección al Consumidor, al 1-405-521-2991 o www.oid.ok.gov. Además, un programa de asistencia al consumidor puede ayudarle a presentar su apelación. Comuníquese con el Programa de Asistencia de Salud al Consumidor del Departamento de Seguros de Oklahoma al 1-405-521-2991 o visite www.cms.gov/CCIIO/Resources/Consumer-Assistance-Grants/ok.html.

¿Ofrece este plan la Cobertura Esencial Mínima? **Sí.** La Cobertura Esencial Mínima generalmente incluye planes, seguros de salud disponibles a través del Mercado u otras pólizas del mercado individual, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y algunas otras coberturas. Si es elegible para ciertos tipos de Cobertura Esencial Mínima, es posible que no sea elegible para el crédito tributario de la prima.

¿Cumple este plan con los Estándares de Valor Mínimo? **Sí.** Si su plan no cumple con los Estándares de Valor Mínimo, es posible que sea elegible para un crédito tributario de la prima que le ayude a pagar un plan a través del Mercado.

Servicios de acceso en otros idiomas: Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-942-5837. Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-942-5837.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-800-942-5837.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-800-942-5837.

Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos en una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:

Esto no es un calculador de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes según la atención que reciba, los precios que cobren sus proveedores y muchos otros factores. Fíjese en las cantidades de costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos del plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar con distintos planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan en cobertura individual.

Peg va a tener un bebé
(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

El deducible total del plan	**$1,250**
Copago del especialista	**$60**
Copago/coseguro hospital	**$200+30%**
Otro coseguro	**30%**

Este EJEMPLO incluye servicios como: Visitas al consultorio del especialista *(atención prenatal)* Servicios profesionales de parto Servicios del centro para el parto Pruebas de diagnóstico *(ultrasonidos y análisis de sangre)* Visita al especialista *(anestesia)*

Costo total del ejemplo	**$12,700**

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	$1,250
Copagos	$200
Coseguro	$1,500
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$60
El total que pagaría Peg es	**$3,010**

Control de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención de rutina dentro de la red de una afección bien controlada)

El deducible total del plan	**$1,250**
Copago del especialista	**$60**
Copago/coseguro hospital	**$200+30%**
Otro coseguro	**30%**

Este EJEMPLO incluye servicios como: Visitas al consultorio del médico de atención primaria *(incluida educación sobre la enfermedad)* Pruebas de diagnóstico *(análisis de sangre)* Medicamentos recetados Equipo médico duradero *(medidor de glucosa)*

Costo total del ejemplo	**$5,600**

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	$800
Copagos	$800
Coseguro	$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$20
El total que pagaría Joe es	**$1,620**

La fractura simple de Mia
(visita a la sala de emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

El deducible total del plan	**$1,250**
Copago del especialista	**$60**
Copago/coseguro hospital	**$200+30%**
Otro coseguro	**30%**

Este EJEMPLO incluye servicios como: Atención en la sala de emergencias *(incluidos suministros médicos)* Prueba de diagnóstico *(radiografía)* Equipo médico duradero *(muletas)* Servicios de rehabilitación *(terapia física)*

Costo total del ejemplo	**$2,800**

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	$1,200
Copagos	$500
Coseguro	$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que pagaría Mia es	**$1,700**

El plan sería responsable de los demás costos de estos servicios cubiertos del EJEMPLO.

BlueCross BlueShield of Oklahoma

Non-Discrimination Notice

Health Care Coverage Is Important For Everyone

We do not discriminate on the basis of race, color, national origin (including limited English knowledge and first language), age, disability, or sex (as understood in the applicable regulation). We provide people with disabilities with reasonable modifications and free communication aids to allow for effective communication with us. We also provide free language assistance services to people whose first language is not English.

To receive reasonable modifications, communication aids or language assistance free of charge, please call us at 855-710-6984.

If you believe we have failed to provide a service, or think we have discriminated in another way, you can file a grievance with:

Office of Civil Rights Coordinator	Phone:	855-664-7270 (voicemail)
Attn: Office of Civil Rights Coordinator	TTY/TDD:	855-661-6965
300 E. Randolph St., 35th Floor	Fax:	855-661-6960
Chicago, IL 60601	Email:	civilrightscoordinator@bcbsil.com

You can file a grievance by mail, fax or email. If you need help filing a grievance, please call the toll-free phone number listed on the back of your ID card (TTY: 711).

You may file a civil rights complaint with the US Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, at:

US Dept of Health & Human Services	Phone:	800-368-1019
200 Independence Avenue SW	TTY/TDD:	800-537-7697
Room 509F, HHH Building	Complaint Portal:	ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf
Washington, DC 20201	Complaint Forms:	hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html

This notice is available on our website at bcbsok.com/legal-and-privacy/non-discrimination-notice

ATTENTION: If you speak another language, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 855-710-6984 (TTY: 711) or speak to your provider.

Español Spanish	ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 855-710-6984 (TTY: 711) o hable con su proveedor.
العربية Arabic	تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 855-710-6984 (TTY: 711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.

BlueCross BlueShield of Oklahoma

中文 Chinese	注意：如果您说中文，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 855-710-6984（文本电话：711）或咨询您的服务提供商。
Français French	ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 855-710-6984 (TTY : 711) ou parlez à votre fournisseur.
Deutsch German	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzdienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 855-710-6984 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.
ગુજરાતી Gujarati	ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઑક્ઝિલરી સહાય અને ઍક્સેસિબલ ફૉર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 855-710-6984 (TTY: 711) પર કૉલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.
हिंदी Hindi	ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 855-710-6984 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।
Italiano Italian	ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l'855-710-6984 (tty: 711) o parla con il tuo fornitore.
한국어 Korean	주의: 한국어 를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 855-710-6984(TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.
Diné Navajo	SHOOH: Diné bee yáníłti'gogo, saad bee aná'awo' bee áka'anída'awo'ít'áá jiik'eh ná hóló. Bee ahił hane'go bee nida'anishí t'áá ákodaat'éhígíí dóó bee áka'anída'wo'í áko bee baa hane'í bee hadadilyaa bich'į' ahoot'i'ígíí éí t'áá jiik'eh hóló. Kohjį' 855-710-6984 (TTY: 711) hodíilnih doodago nika'análwo'í bich'į' hanidziih.
فارسی Farsi	توجه: اگر فارسی صحبت می‌کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمک‌ها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب‌های قابل دسترس، به‌طور رایگان موجود می‌باشند. با شماره 855-710-6984 (تله‌تایپ: 711) تماس بگیرید یا با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید.
Polski Polish	UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 855-710-6984 (TTY: 711) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.
РУССКИЙ Russian	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 855-710-6984 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.
Tagalog Tagalog	PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 855-710-6984 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.
اردو Urdu	توجہ دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے زبان کی مفت مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔855-710-6984 (711:TTY) پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔
Việt Vietnamese	LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 855-710-6984 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

www.bcbsok.com

Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma, a Division of Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company, an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

Avisos importantes del plan

LEY DE PROTECCIÓN AL PACIENTE Y CUIDADO DE SALUD ASEQUIBLE • ERISA • HIPAA • FACTURACIÓN SORPRESA

Su empleador le entrega estos avisos sin costo. Describen derechos importantes bajo su Plan de Salud Grupal. ¿Preguntas o más información? Comuníquese con su **Representante del Empleador**:

Travis Dodd
Industrial Fabrication Services LLC
5575 S 113th W Ave, Sand Springs, OK 74063
918-419-2484

Este paquete incluye los siguientes avisos:

- Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer (WHCRA)
- Asistencia con las primas bajo Medicaid y CHIP (CHIPRA)
- Derechos de inscripción especial de HIPAA
- Protección al paciente – Elección de proveedores
- Protecciones al paciente contra facturas médicas sorpresa
- Aviso de cobertura acreditable de la Parte D de Medicare

---

1. Aviso de derechos bajo la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer (WHCRA)

¿Sabía que su plan, según lo exige la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998, ofrece beneficios para servicios relacionados con la mastectomía, incluidas todas las etapas de reconstrucción y cirugía para lograr simetría entre los senos, prótesis y complicaciones resultantes de una mastectomía, incluido el linfedema? Comuníquese con su Representante del Empleador para más información.

Si ha tenido o va a tener una mastectomía, es posible que tenga derecho a ciertos beneficios bajo la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998 (WHCRA). Para las personas que reciben beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se brindará de la manera que se determine en consulta con el médico tratante y el paciente, para:

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

Estos beneficios se brindarán sujetos a los mismos deducibles y coseguros que aplican a otros beneficios médicos y quirúrgicos de este Plan. Comuníquese con su Representante del Empleador para más información o para obtener una copia de la Descripción Resumida del Plan que contiene estos detalles.

---

2. Asistencia con las primas bajo Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para la cobertura de salud de su empleador, es posible que su estado tenga un programa de asistencia con las primas que puede ayudar a pagar la cobertura, usando fondos de sus programas de Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no serán elegibles para estos programas de asistencia con las primas, pero es posible que puedan comprar un seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para más información, visite www.healthcare.gov.

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

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente 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 llame al **1-877-KIDS NOW** o visite www.insurekidsnow.gov para saber cómo solicitarlo. Si califica, pregunte a su estado si tiene un programa que pueda ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

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

Si vive en uno de los siguientes estados, es posible que sea elegible para recibir ayuda para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de enero de 2026. Comuníquese con su estado para más información sobre la elegibilidad.

ALABAMA – Medicaid Sitio web: http://myalhipp.com/ Teléfono: 1-855-692-5447	**ALASKA – Medicaid** The AK Health Insurance Premium Payment Program Sitio 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 Sitio web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	**CALIFORNIA – Medicaid** Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Sitio web: http://dhcs.ca.gov/hipp Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov
COLORADO – Health First Colorado (Colorado's Medicaid Program) & Child Health Plan Plus (CHP+) Health First Colorado Sitio web: https://www.healthfirstcolorado.com/ Health First Colorado Centro de Contacto para Miembros: 1-800-221-3943 / Servicio de retransmisión estatal 711 CHP+: https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus CHP+ Servicio al Cliente: 1-800-359-1991 / Servicio de retransmisión estatal 711 Health Insurance Buy-In Program (HIBI): https://www.mycohibi.com/ HIBI Servicio al Cliente: 1-855-692-6442	**FLORIDA – Medicaid** Sitio web: https://www.flmedicaidtplrecovery.com/flmedicaidtplrecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268
GEORGIA – Medicaid GA HIPP Sitio web: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium- payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162, Oprima 1 GA CHIPRA Sitio web: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party- liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Teléfono: 678-564-1162, Oprima 2	**INDIANA – Medicaid** Health Insurance Premium Payment Program Todos los demás servicios de Medicaid Sitio web: https://www.in.gov/medicaid/ http://www.in.gov/fssa/dfr/ Family and Social Services Administration Teléfono: 1-800-403-0864 Servicios para Miembros Teléfono: 1-800-457-4584
IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki) Medicaid Sitio web: https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid Medicaid Teléfono: 1-800-338-8366 Hawki Sitio web: https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa- medicaid/iowa-health-link/hawki Hawki Teléfono: 1-800-257-8563 HIPP Sitio web: https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/fee- service/hipp HIPP Teléfono: 1-888-346-9562	**KANSAS – Medicaid** Sitio web: https://www.kancare.ks.gov/ Teléfono: 1-800-792-4884 HIPP Teléfono: 1-800-967-4660
KENTUCKY – Medicaid Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP) Sitio web: https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Teléfono: 1-855-459-6328 Correo electrónico: KIHIPP.PROGRAM@ky.gov KCHIP Sitio web: https://kynect.ky.gov Teléfono: 1-877-524-4718 Kentucky Medicaid Sitio web: https://chfs.ky.gov/agencies/dms	**LOUISIANA – Medicaid** Louisiana Medicaid Sitio web: https://www.ldh.la.gov/healthy-louisiana Medicaid Línea de Servicio al Cliente: 1-888-342-6207 Louisiana Medicaid correo electrónico: healthy@la.gov Louisiana Health Insurance Premium Program (LaHIPP) Sitio web: https://www.ldh.la.gov/lahipp LaHIPP teléfono: 1-877-697-6703 LaHIPP correo electrónico: La.HIPP@la.gov LaHIPP fax: 1-888-716-9787 LaHIPP dirección postal: 100 Crescent Centre Parkway, Suite 1000, Tucker, GA 30084
MAINE – Medicaid Enrollment Sitio web: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/? language=en_US Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: servicio de retransmisión de Maine 711 Private Health Insurance Premium Página web: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-977-6740 TTY: servicio de retransmisión de Maine 711	**MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP** Sitio web: https://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840 TTY: 711 Correo electrónico: masspremassistance@accenture.com
MINNESOTA – Medicaid Sitio web: https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/ Teléfono: 1-800-657-3672	**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 Correo electrónico: HHSHIPPProgram@mt.gov	**NEBRASKA – Medicaid** Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178
NEVADA – Medicaid Medicaid Sitio web: http://dhcfp.nv.gov Medicaid Teléfono: 1-800-992-0900	**NEW HAMPSHIRE – Medicaid** Sitio 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

NEW JERSEY – Medicaid y CHIP Medicaid Sitio web: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Teléfono: 1-800-356-1561 CHIP Premium Assistance Teléfono: 609-631-2392 CHIP Sitio web: http://www.njfamilycare.org/index.html CHIP Teléfono: 1-800-701-0710 (TTY: 711)	**NEW YORK – Medicaid** Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831
NORTH CAROLINA – Medicaid Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov/ Teléfono: 919-855-4100	**NORTH DAKOTA – Medicaid** Sitio web: https://www.hhs.nd.gov/healthcare Teléfono: 1-844-854-4825
OKLAHOMA – Medicaid y CHIP Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742	**OREGON – Medicaid y CHIP** Sitio web: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-800-699-9075
PENNSYLVANIA – Medicaid y CHIP Sitio web: https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health- insurance-premium-payment-program-hipp.html Teléfono: 1-800-692-7462 CHIP Sitio web: https://www.dhs.pa.gov/CHIP/Pages/CHIP.aspx CHIP Teléfono: 1-800-986-KIDS (5437)	**RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP** Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 1-855-697-4347, or 401-462-0311 (línea directa de RIte Share)
SOUTH CAROLINA – Medicaid Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820	**SOUTH DAKOTA – Medicaid** Sitio web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059
TEXAS – Medicaid Sitio web: https://www.hhs.texas.gov/services/financial/health-insurance- premium-payment-hipp-program Teléfono: 1-800-440-0493	**UTAH – Medicaid y CHIP** Utah's Premium Partnership for Health Insurance (UPP) Sitio web: https://medicaid.utah.gov/upp/ Correo electrónico: upp@utah.gov Teléfono: 1-888-222-2542 Adult Expansion Sitio web: https://medicaid.utah.gov/expansion/ Utah Medicaid Buyout Program Sitio web: https://medicaid.utah.gov/buyout- program/ CHIP Sitio web: https://chip.utah.gov/
VERMONT – Medicaid Sitio web: https://dvha.vermont.gov/members/medicaid/hipp-program Teléfono: 1-800-250-8427	**VIRGINIA – Medicaid y CHIP** Sitio 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 Medicaid/CHIP Teléfono: 1-800-432-5924
WASHINGTON – Medicaid Sitio web: https://www.hca.wa.gov/ Teléfono: 1-800-562-3022	**WEST VIRGINIA – Medicaid y CHIP** Sitio web: https://dhhr.wv.gov/bms/ http://mywvhipp.com/ Medicaid Teléfono: 304-558-1700 CHIP Toll-free teléfono: 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 saber si otros estados han agregado un programa de asistencia con las primas desde el 31 de enero de 2026, o para más información sobre los derechos de inscripción especial, comuníquese con:

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

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.
Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
www.cms.hhs.gov
1-877-267-2323, opción del menú 4, ext. 61565

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites

Según la Ley de Reducción de Trámites 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 Administración 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. *Vea 44 U.S.C. 3507*. Además, sin perjuicio de cualquier otra disposición legal, ninguna persona estará sujeta a sanción por no cumplir con una recopilación de información si esta no muestra un número de control de la OMB vigente. *Vea 44 U.S.C. 3512*.

Se estima que la carga de presentación de informes para esta recopilación de información es de aproximadamente siete minutos en promedio por persona. Se invita a las partes interesadas a enviar comentarios sobre el cálculo de la carga o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, al Departamento de Trabajo de EE. UU., Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado, Oficina de Políticas e Investigación, Attention: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210, o por correo electrónico a ebsa.opr@dol.gov, haciendo referencia al número de control de la OMB 1210-0137.

Número de control de la OMB 1210-0137 (vence el 1/31/2026)

3. Aviso de derechos de inscripción especial de HIPAA

Si rechaza la inscripción para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a otro seguro de salud o cobertura de un plan de salud grupal, es posible que pueda inscribirse usted y sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir a la otra cobertura de usted o de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores a la terminación de la otra cobertura de usted o de sus dependientes (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).

Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, es posible que pueda inscribirse usted y sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Además, si usted o sus dependientes llegan a ser elegibles para un subsidio estatal de asistencia con las primas de Medicaid o de un Programa Estatal de Seguro Médico para Niños (CHIP) con respecto a la cobertura de este plan, es posible que pueda inscribirse usted y sus dependientes en este plan. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a que se determine que usted o sus dependientes son elegibles para dicha asistencia.

Para solicitar la inscripción especial u obtener más información, comuníquese con su Representante del Empleador.

4. Protección al paciente – Elección de proveedores

Cuando el Plan de Salud Grupal permite o exige que un participante designe a un proveedor de atención primaria, el participante tiene derecho a designar a cualquier proveedor de atención primaria que participe en la red y que esté disponible para aceptar al participante o a sus familiares.

Hasta que usted haga esta designación, el Plan de Salud Grupal puede designar automáticamente a un proveedor de atención primaria. Para información sobre cómo elegir a un proveedor de atención primaria, y para obtener una lista de los proveedores de atención primaria participantes, comuníquese con su Representante del Empleador.

Para los niños, puede designar a un pediatra como proveedor de atención primaria.

No necesita autorización previa del Plan de Salud Grupal ni de ninguna otra persona (incluido un proveedor de atención primaria) para obtener acceso a atención obstétrica o ginecológica de un profesional de la salud de nuestra red que se especialice en obstetricia o ginecología. Sin embargo, es posible que el profesional de la salud deba cumplir con ciertos procedimientos, como obtener autorización previa para ciertos servicios, seguir un plan de tratamiento aprobado previamente o procedimientos para hacer referencias. Para obtener una lista de los profesionales de la salud participantes que se especializan en obstetricia o ginecología, comuníquese con su Representante del Empleador.

Cuando recibe atención de emergencia o lo atiende un proveedor fuera de la red en un hospital o centro de cirugía ambulatoria dentro de la red, está protegido contra la facturación sorpresa o la facturación de saldo.

5. Protecciones al paciente contra facturas médicas sorpresa

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

Cuando ve a un médico u otro proveedor de salud, es posible que deba ciertos gastos de bolsillo, como un copago, coseguro o deducible. Es posible que tenga otros costos o que deba pagar la factura completa si ve a un proveedor o visita un centro de salud que no está en la red de su plan de salud.

“Fuera de la red” se refiere a proveedores y centros que no han firmado un contrato con su plan de salud. Es posible que a los proveedores fuera de la red se les permita cobrarle la diferencia entre lo que su plan acordó pagar y la cantidad total cobrada por un servicio. Esto se llama “**facturación de saldo**”. Es probable que esta cantidad sea mayor que los costos dentro de la red por el mismo servicio y es posible que no cuente para su límite anual de gastos de bolsillo.

La “facturación sorpresa” es una factura de saldo inesperada. Esto puede ocurrir cuando usted no puede controlar quién participa en su atención, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una visita en un centro dentro de la red pero inesperadamente lo atiende un proveedor fuera de la red.

Usted está protegido contra la facturación de saldo en:

Servicios de emergencia

Si tiene una afección médica de emergencia y recibe servicios de emergencia de un proveedor o centro fuera de la red, lo máximo que el proveedor o centro puede cobrarle es la cantidad de costo compartido dentro de la red de su plan (como copagos y coseguro). **No se le puede**

cobrar facturación de saldo por estos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que pueda recibir después de estar estable, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a su protección contra la facturación de saldo por estos servicios posteriores a la estabilización.

Algunos estados tienen leyes sobre facturas sorpresa o facturación de saldo. Estas leyes aplican a los planes totalmente asegurados y pueden afectar a los planes autofinanciados, incluidos los planes de gobiernos estatales o municipales y los planes de iglesias. Consulte con el administrador de su plan o su certificado/folleto del seguro para saber si la ley estatal aplica a su cobertura.

Ciertos servicios en un hospital o centro de cirugía ambulatoria dentro de la red

Cuando recibe servicios en un hospital o centro de cirugía ambulatoria dentro de la red, es posible que ciertos proveedores allí estén fuera de la red. En estos casos, lo máximo que esos proveedores pueden cobrarle es la cantidad de costo compartido dentro de la red de su plan. Esto aplica a servicios de medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, cirujano asistente, hospitalista o intensivista. Estos proveedores **no pueden** cobrarle facturación de saldo y **no** pueden pedirle que renuncie a su protección contra la facturación de saldo.

Si recibe otros servicios en estos centros dentro de la red, los proveedores fuera de la red **no pueden** cobrarle facturación de saldo, a menos que usted dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones.

> **Nunca está obligado a renunciar a sus protecciones contra la facturación de saldo. Tampoco está obligado a recibir atención fuera de la red. Puede elegir un proveedor o centro de la red de su plan.**

Algunos estados tienen leyes sobre facturas sorpresa o facturación de saldo. Estas leyes aplican a los planes totalmente asegurados y pueden afectar a los planes autofinanciados, incluidos los planes de gobiernos estatales o municipales y los planes de iglesias. Consulte con el administrador de su plan o su certificado/folleto del seguro para saber si la ley estatal aplica a su cobertura.

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

- Usted solo es responsable de pagar su parte del costo (como los copagos, coseguros y deducibles que pagaría si el proveedor o centro estuviera dentro de la red). Su plan de salud pagará directamente a los proveedores y centros fuera de la red.
- Por lo general, su plan de salud debe:
  - Cubrir los servicios de emergencia sin exigirle que obtenga aprobación por adelantado (autorización previa).
  - Cubrir los servicios de emergencia de proveedores fuera de la red.
  - Basar lo que usted le debe al proveedor o centro (costo compartido) en lo que pagaría a un proveedor o centro dentro de la red, y mostrar esa cantidad en su explicación de beneficios.
  - Contar cualquier cantidad que pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red para su deducible y su límite de gastos de bolsillo.

Si cree que se le ha facturado de manera incorrecta, puede comunicarse con:

- El Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.: Teléfono: 800-985-3059 Sitio web: https://www.cms.gov/nosurprises/consumers
- La agencia de su estado, que puede encontrar en: https://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Consumer-Assistance-Grants

Este aviso se proporciona con fines informativos según lo exige la ley federal. No modifica los términos de su Plan de Salud Grupal.

---

6. Aviso importante de Industrial Fabrication Services LLC sobre su cobertura de medicamentos recetados y Medicare

Lea este aviso con atención y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados con Industrial Fabrication Services LLC y sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarle a decidir si desea inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si está considerando inscribirse, debe comparar su cobertura actual, incluidos los medicamentos que se cubren y a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su área. Al final de este aviso encontrará información sobre dónde obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados.

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

1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare está disponible desde 2006 para todas las personas con Medicare. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare o en un Plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) que ofrezca cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare ofrecen al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
2. Industrial Fabrication Services LLC ha determinado que la cobertura de medicamentos recetados que ofrece el plan AOBAP301 de Blue Cross and Blue Shield of Oklahoma, en promedio para todos los participantes del plan, se espera que pague tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y, por lo tanto, se considera **Cobertura Acreditable**. Como su cobertura actual es Cobertura

Acreditable, puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una multa) si más adelante decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

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

Puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare cuando sea elegible para Medicare por primera vez y cada año del 15 de octubre al 7 de diciembre. Sin embargo, si pierde su cobertura acreditable actual de medicamentos recetados sin tener la culpa, también será elegible para un Período de Inscripción Especial (SEP) de dos (2) meses para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

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

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura actual de Industrial Fabrication Services LLC se verá afectada. Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y deja su cobertura actual de Industrial Fabrication Services LLC, tenga en cuenta que usted y sus dependientes podrán recuperar esta cobertura.

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

También debe saber que si deja o pierde su cobertura actual con Industrial Fabrication Services LLC y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días continuos después de que termine su cobertura actual, es posible que pague una prima más alta (una multa) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si pasa 63 días continuos o más sin cobertura acreditable de medicamentos recetados, su prima mensual puede aumentar por lo menos un 1% de la prima base del beneficiario de Medicare por cada mes que no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima puede ser siempre por lo menos un 19% más alta que la prima base del beneficiario de Medicare. Es posible que tenga que pagar esta prima más alta (una multa) mientras tenga cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que tenga que esperar hasta el siguiente mes de octubre para inscribirse.

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

Comuníquese con la persona indicada abajo para más información. **Nota:** Recibirá este aviso cada año. También lo recibirá antes del próximo período en que pueda inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y si cambia esta cobertura a través de Industrial Fabrication Services LLC. También puede pedir una copia de este aviso en cualquier momento.

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

Encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados en el manual “Medicare y Usted”. Recibirá una copia del manual por correo cada año de parte de Medicare. También es posible que los planes de medicamentos de Medicare se comuniquen directamente con usted. Para más información sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

- Visite www.medicare.gov
- Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (vea la contraportada interior de su copia del manual “Medicare y Usted” para obtener el número de teléfono) para recibir ayuda personalizada
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

> **Recuerde:** Guarde este aviso de Cobertura Acreditable. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que deba presentar una copia de este aviso al inscribirse para demostrar si ha mantenido o no una cobertura acreditable y, por lo tanto, si debe o no pagar una prima más alta (una multa).

Fecha: 1 de abril de 2026 **Nombre de la entidad/remitente:** Industrial Fabrication Services LLC **Contacto, puesto/oficina:** Travis Dodd, Recursos Humanos	**Dirección:** 5575 S 113th W Ave, Sand Springs, OK 74063 **Teléfono:** 918-419-2484

Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-0990.