



BENEFICIOS

GUÍA DE INFORMACIÓN

2026 / 2027

PARA SOCIOS PAGADOS SEMANALMENTE





BENEFICIOS

GUÍA DE INFORMACIÓN

2026 / 2027

ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN.....	03
APLICACIONES DE INFORMACIÓN DE BENEFICIOS ...	06
BENEFICIOS ADICIONALES	08
PLAN MÉDICO	09
CUENTA DE AHORROS PARA LA SALUD (HSA)	13
COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS	16
CUENTA DE GASTOS FLEXIBLE (FSA)	17
PLAN DENTAL	18
PLAN DE VISIÓN.....	20
BENEFICIOS SUMINISTRADOS POR LA COMPAÑÍA....	21
SEGURO DE VIDA E INCAPACIDAD	22
COBERTURAS VOLUNTARIAS	23
OPCIONES PARA LA JUBILACIÓN	28
BOOT STRAPS FUND.....	29
PROGRAMA DE ASISTENCIA AL EMPLEADO (EAP)....	30
DIRECTORIO Y RECURSOS.....	31
AVISOS OBLIGATORIOS.....	32

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de este documento se puede reproducir ni transmitir de ninguna forma ni por ningún medio, electrónico, mecánico, fotocopiado, grabado o de ninguna otra forma sin la autorización previa por escrito de Marsh McLennan Insurance Agency LLC.

Las tarifas cotizadas para estos beneficios pueden estar sujetas a cambio con base en la inscripción final y/o en los requisitos finales de suscripción. Este material es solo para fines informativos y no es una oferta de cobertura ni asesoría médica. Este documento contiene solo una descripción general y parcial de los beneficios del plan o del programa y no constituye un contrato. Consulte sus documentos del plan (Programa de Beneficios, Certificado de Cobertura, Acuerdo Grupal, Certificado del Seguro Grupal, Folleto, Folleto-certificado, Póliza Grupal) para determinar las disposiciones contractuales que rigen, incluidos los procedimientos, las exclusiones y las limitaciones relacionadas con su plan. Todos los términos y condiciones de su plan o programa están sujetos a las leyes, las regulaciones y las pólizas aplicables. En caso de presentarse un conflicto entre su documento del plan y esta información, regirán siempre los documentos del plan.

Esta guía de Información de Beneficios es una herramienta integral diseñada para ayudarle a familiarizarse con los planes y programas en los que usted y su familia se pueden inscribir en el año del plan. Ahora más que nunca, es importante tener flexibilidad para utilizar sus planes de salud. Teniendo esto en cuenta, nuestros planes son económicos para consultar a sus médicos, recibir sus medicamentos y utilizar visitas virtuales. Si tiene preguntas sobre sus beneficios, comuníquese con su Departamento de Beneficios al **(949) 453-4498** o a través de **benefits@bootbarn.com**. Ingrese a la página web de beneficios **bootbarnbenefits.com** para obtener información adicional sobre el plan.



ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN

¿QUIÉN SE PUEDE INSCRIBIR?

Si usted es un *Partner** que trabaja regularmente 30 horas a la semana y ha completado el periodo de espera para los beneficios, usted es elegible para participar en el programa de beneficios. Los *Partners* elegibles también tienen la opción de escoger a los familiares, incluidos el cónyuge legal/compañero doméstico registrado (como lo define legalmente la ley local y estatal que en adelante se denominará como “compañero doméstico registrado”) y/o los hijos elegibles hasta 26 años.

Es posible que un *Partner* no pueda pagar y/o recibir aportes del empleador antes de impuestos por el costo de los beneficios del compañero doméstico registrado en el estado del *Partner* que no cumpla con la definición de dependiente fiscal del *Partner* según la Sección 152 del IRC.

¿CUÁNDO COMIENZA LA COBERTURA?

Las elecciones que realiza durante la Inscripción Abierta estarán vigentes desde el 1 de Octubre de 2026.

Haga clic o Haga clic o escanee el código QR para obtener más información sobre la inscripción abierta

¿CÓMO ME INSCRIBO?

La inscripción es muy fácil con **ADP Lyric!** Necesitará sus credenciales (creadas por usted durante el proceso de *Partner* nuevo) para tener acceso al portal de inscripción de beneficios.



Para inscribirse, simplemente siga los siguientes pasos:

1. Ingrese a lyric.adp.com
2. Una vez que haya iniciado sesión en el sistema, coloque el mouse sobre las iniciales en la esquina superior derecha de la pantalla, seleccione “**Your Profile**”, “**Benefits**” y “**ADP Benefits Dashboard**”
3. Seleccione el boton “**New Hire Enrollment**”

Para ver las instrucciones paso a paso sobre cómo inscribirse ingrese a la página web:

bootbarnbenefits.com/how-to-enroll-in-adp

CONSEJO: Si deja pasar la fecha límite de inscripción, no se podrá inscribir en un plan de beneficios a menos que tenga un cambio de estado durante el año del plan. Revise la información sobre los cambios calificados del IRS en la página 4 de la guía de beneficios.

*Partner es el nombre de los empleados de Boot Barn



ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN

¿QUÉ PASA SI MIS NECESIDADES CAMBIAN DURANTE EL AÑO?

Usted solo podrá hacer cambios a sus beneficios fuera del periodo de inscripción abierta si tiene un cambio de estado calificado como lo define el IRS. Por lo general, puede agregar o retirar dependientes de sus beneficios, así como agregar, retirar o cambiar cobertura si envía su solicitud de cambio dentro de los 30 días posteriores al evento calificado.

Haga clic o escanee el código QR para obtener más información sobre cuándo puede realizar cambios en sus beneficios

Ejemplos de cambio de estado incluyen los siguientes:

- Matrimonio, divorcio o separación legal
- Nacimiento o adopción de un hijo
- Muerte de un dependiente
- Usted o su cónyuge/compañero doméstico registrado pierden u obtienen cobertura a través de nuestra organización o de otro empleador

Si su cambio durante el año es el resultado de la pérdida de elegibilidad o la inscripción en Medicaid, en Medicare o en los programas estatales de seguro médico para niños, debe presentar la solicitud de cambio en un plazo de 60 días. Para obtener una explicación completa sobre los cambios de estado calificados, consulte la “Información Legal Sobre sus Planes” al final de esta guía.

¿TIENE PREGUNTAS SOBRE LOS BENEFICIOS?

Para todos los planes de Boot Barn, los coordinadores de atención de los miembros están disponibles para ayudar. Desde aclarar la facturación del proveedor hasta investigar los detalles más finos de su cobertura de beneficios, sus expertos pueden brindarle lo que necesita.

Los Coordinadores de Atención le ayudan con:

- Comprender los beneficios de su plan
- Navegando el Portal de Salud Colectiva
- Preguntas sobre reclamos, facturación y beneficios
- Encontrar proveedores dentro de la red
- Cualquier cosa que pueda facilitarle el proceso de atención médica

Llama al (855) 672-2692 o visita join.collectivehealth.com/bootbarn

EVENTOS DE VIDA CALIFICADOS

PERDER COBERTURA

CUMPLIR 26 AÑOS / DEJAR
DE SER DEPENDIENTE

TRASLADARSE

ADOPTAR UN NIÑO

TENER UN BEBÉ

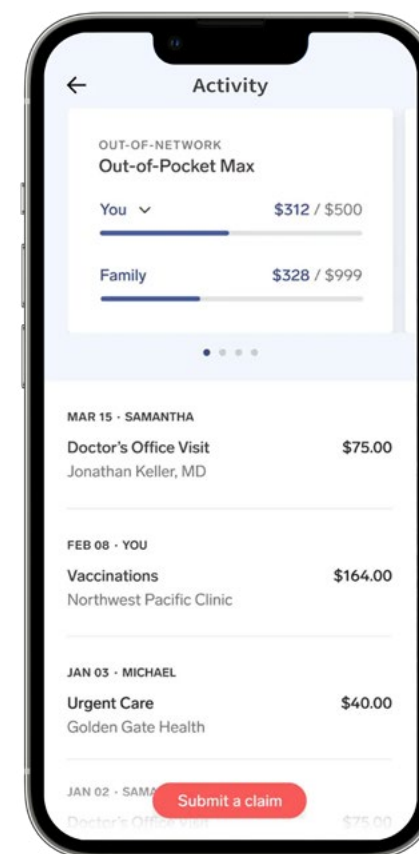
CASARSE O DIVORCIARSE

ELEGIBILIDAD E INSCRIPCIÓN

LOS COORDINADORES DE ATENCIÓN ESTÁN EN LA APLICACIÓN MÓVIL

Descargue la aplicación móvil Collective Health que le permite hacer lo siguiente:

- Encontrar proveedores de la red.
- Tener acceso a su tarjeta de identificación.
- Consultar los beneficios del plan.
- Revisar la información del reclamo.
- Envíe un mensaje o chatee directamente con un coordinador de atención.



INFORMACIÓN DE BENEFICIOS AL INSTANTE:



COLLECTIVE HEALTH

Con la aplicación móvil de Collective Health usted puede:

- Encuentre proveedores médicos o dentales dentro de la red
- Acceder a su tarjeta de identificación
- Consultar los beneficios del plan
- Revisar la información del reclamo
- Envíe un mensaje o chatee directamente con un representante de miembros
- Busque proveedores dentro de la red cerca de usted



EYEMED – SEGURO DE VISIÓN

Con la aplicación móvil de EyeMed usted puede:

- Encontrar ahorros adicionales para un examen o marcos de las mejores marcas.
- Verificar el estado de su reclamo.
- Descargar su tarjeta de identificación directamente a su teléfono.





ANTHEM LIVEHEALTH ONLINE

Con Anthem LiveHealth Online se puede conectar con médicos destacados y certificados por junta médica para muchas enfermedades que no son de emergencia a través de internet o por teléfono. Estos médicos están disponibles las 24 horas del día, 7 días a la semana, 365 días del año y tratan enfermedades como gripe, infección de los senos nasales, sarpullido, dolor de garganta y más. Al hacer uso de estas consultas virtuales, puede evitar las salas de emergencia y los centros de atención urgente y resurtir rápidamente sus medicamentos recetados para que se pueda recuperar en poco tiempo.

También puede usar ahora Anthem LiveHealth Online para su visita anual de bienestar y atención primaria virtual. Estas visitas son con proveedores de atención primaria que pueden ayudar con pruebas preventivas, problemas de salud crónicos y referencias para análisis de laboratorio y especialistas. También están disponibles para atención de seguimiento. Las visitas anuales de bienestar son una parte importante de mantener una buena salud y prevenir posibles problemas de salud.

Los servicios de telesalud se ofrecen a través de Anthem Blue Cross LiveHealth Online. Los miembros de PPO Classic, PPO Smart Saver y PPO Platinum Saver reciben el servicio sin costo y no se aplica el deducible! Configure su cuenta hoy llamando al **(888) 548-3432** o descargando la aplicación.

Además, puede usar la línea 24/7 NurseLine de Anthem sin costo alguno cuando no puede comunicarse con su proveedor de atención primaria. Pueden evaluar sus síntomas, determinar cuándo debe buscar atención y ayudarlo a encontrar un proveedor cerca de usted. También pueden responder preguntas sobre sus recetas o medicamentos de venta libre, su salud o la de su hijo, las vacunas y cómo aliviar cosas como dolores de cabeza, dolores de oídos o alergias.

Puede llamar a NurseLine 24/7 al **1-800-700-9186**.

Descargue la aplicación móvil para hablar con un médico por teléfono o vídeo en menos de una hora.

1. **DESCARGUE LA APLICACIÓN**
Busque **"LiveHealth Online"** en App Store o en Google Play.
2. **CONFIGURE SU CUENTA**
Una vez haya descargado la aplicación, seleccione **"Sign Up"**.
3. **INGRESE LA INFORMACIÓN BÁSICA DE CONTACTO**
Ingrese un nombre y apellido, fecha de nacimiento, sexo, dirección de correo electrónico, contraseña, número de teléfono y acepte los términos y condiciones.

CONSEJO: ¿QUÉ SON LOS CÓDIGOS QR Y CÓMO UTILIZARLOS?

Los códigos QR son un código de barras que permite que sus teléfonos y tabletas reconozcan y decodifiquen el patrón para abrir un enlace o aplicación. Puede utilizar los códigos de arriba para descargar las aplicaciones de beneficios útiles. Para hacerlo, solo siga estos tres pasos sencillos:

1. Abra la cámara de su teléfono, toque el ícono de la aplicación de la cámara.
2. Apunte la cámara al código QR, su teléfono debe enfocar el Código QR después de unos instantes.
3. Abra el contenido del código QR, toque la notificación que aparece en la pantalla para descargar la aplicación



BENEFICIOS ADICIONALES



RULA

Rula es una plataforma en línea que conecta a las personas con terapeutas licenciados, proporcionando acceso conveniente y confidencial a atención de salud mental de alta calidad. Ya sea que estés buscando apoyo para desafíos personales, problemas familiares, o simplemente quieras priorizar tu bienestar mental general, Rula es un gran recurso para utilizar. Puede reunirse con su terapeuta preferido en tan solo 2 días. Rula también verificará su costo de bolsillo antes de su primera sesión.

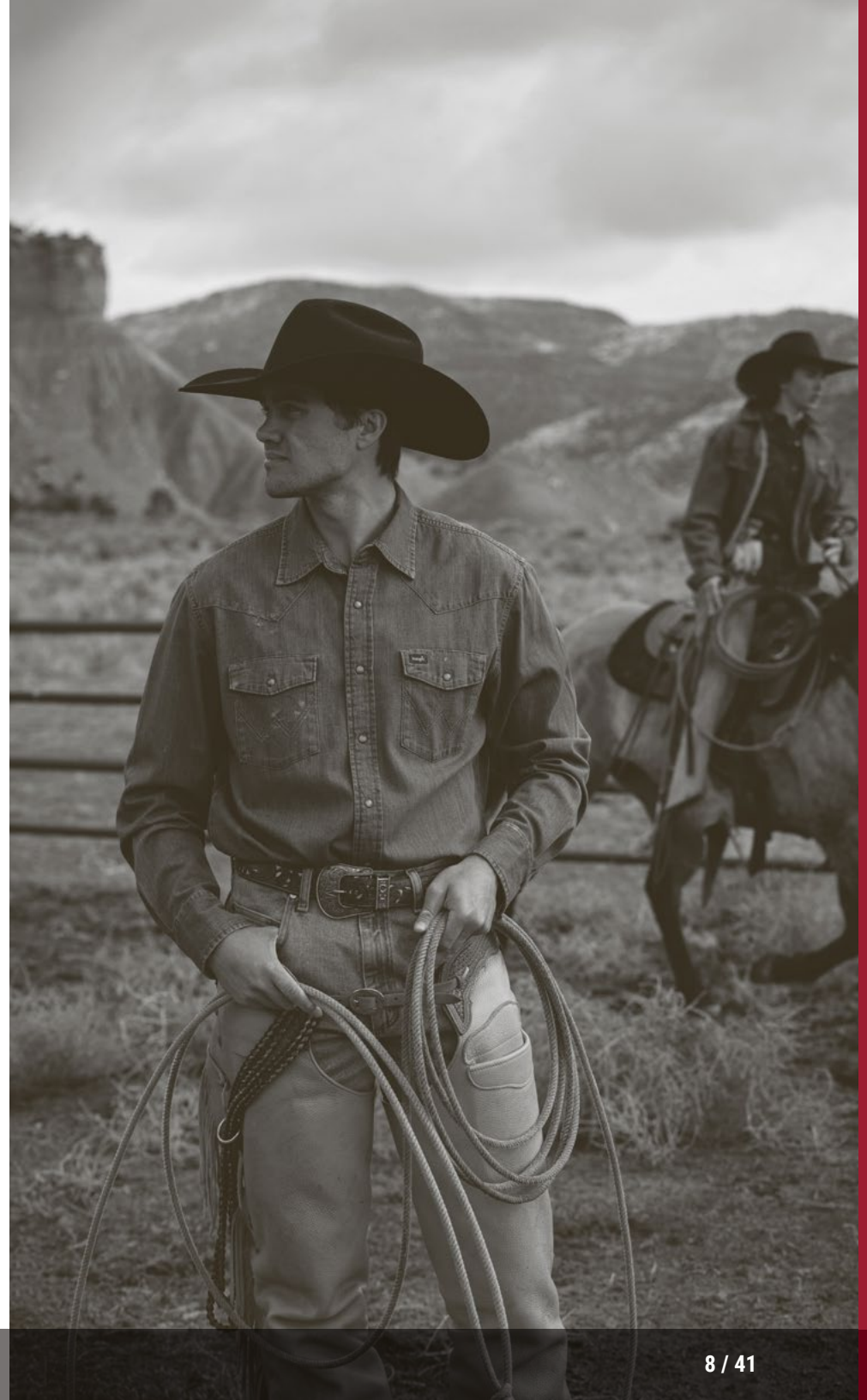
Comience hoy visitando rula.com/bootbarn o llame al **323-205-7088**.



HINGE HEALTH

Si sufres de dolor muscular y articular, sabes que la libertad para moverte a veces puede ser un obstáculo. Hinge Health puede ayudarte a obtener un plan de entrenamiento personalizado, diseñado por fisioterapeutas certificados, para ayudarte con su viaje de control del dolor.

También puede obtener apoyo 1:1 de un entrenador de salud. Pueden conectarse con usted a través de texto, correo electrónico, llamada telefónica o video chat. Con la aplicación Hinge Health, puede tener la conveniencia de tener acceso a los ejercicios que puede hacer desde casa o en cualquier lugar que sea conveniente para usted. Para obtener más información sobre la salud de la bisagra, por favor visite hingehealth.com





PLAN MÉDICO

SUS PLANES MÉDICOS PPO

Usted y sus dependientes elegibles tienen la oportunidad de inscribirse en los planes médicos. Boot Barn está ofreciendo actualmente los siguientes (3) planes:

- Anthem PPO Classic

Planes de Salud con Deducible Alto (HDHP)

- Anthem PPO Platinum Saver – Este plan califica y se puede combinar con una Cuenta de Ahorros para la Salud
- Anthem PPO Smart Saver – Este plan califica y se puede combinar con una Cuenta de Ahorros para la Salud

Haga clic o escanee el código QR para ver un video sobre los planes médicos ofrecidos

ENCONTRAR EL PROVEEDOR MÉDICO CORRECTO

Encontrar el médico o especialista correcto es importante. Puede utilizar las instrucciones que se indican a continuación además de los Coordinadores de Atención para ayudarle a encontrar la atención adecuada que necesita.

1. Para encontrar un proveedor dentro de la red, vaya al sitio web de Collective Health join.collectivehealth.com/bootbarn
2. Haga clic en el enlace “**Find in-Network Doctors**”, o comuníquese con el grupo de defensores de miembros al (855) 672-2692 o por iniciar sesión en Salud Colectiva para enviar un Mensaje.

Para obtener la guía del paso a paso con gráficos, ingrese a bootbarnbenefits.com

Haga clic o escanee el código QR para obtener información sobre los médicos dentro y fuera de la red

MEDICAL

ANTHEM PPO CLASSIC

DETALLES DEL PLAN	EN LA RED	FUERA DE LA RED
DEDUCIBLE ANUAL AÑO CALENDARIO ¹ Individual / Individual en familiar / Familiar	\$3,500 / \$3,500 / \$7,000	\$6,000 / \$6,000 / \$12,000
DESEMBOLSO MÁXIMO AÑO CALENDARIO ¹ Individual / Individual en familiar / Familiar	\$7,000 / \$7,000 / \$14,000	\$10,000 / \$10,000 / \$20,000
SERVICIOS PROFESIONALES		
Médico de atención primaria (PCP)	\$20 copago	50% después del deducible
Telemedicina (LiveHealth Online)	Gratis	No cubierto
Especialista	\$30 copago	50% después del deducible
Examen de atención preventiva	100% cubierto (deducible renunciado)	50% después del deducible
Rayos X y laboratorio de diagnóstico	20% después del deducible	No cubierto
Diagnósticos complejos (MRI/CT Scan)	20% después del deducible (entorno hospitalario)	No cubierto
Diagnósticos complejos (MRI/CT Scan)	10% después del deducible (centro independiente)	No cubierto
Quiropráctico	\$30 copago (30 visitas máx.)	50% después del deducible (30 visitas máx.)
Dx y Tratamiento de Infertilidad	Beneficio médico de \$2,000, \$2,000 de medicamentos recetados	No cubierto
SERVICIOS HOSPITALARIOS		
Paciente hospitalizado	20% después del deducible	50% después del deducible
Cirugía ambulatoria	20% después del deducible (entorno hospitalario)	50% después del deducible
Cirugía ambulatoria	10% después del deducible (centro independiente)	50% después del deducible
Sala de emergencias	\$300 copago + 20% después del deducible (no se aplica copago si es admitido)	
Atención urgente	\$50 deducible de copago exonerado	50% después del deducible
MEDICAMENTOS CON RECETA		
Medicamentos recetados al por menor (suministro para 31 días)		
Nivel 1	\$20 copago / \$0 Costco	No cubierto
Nivel 2	\$50 copago	No cubierto
Nivel 3	\$100 copago	No cubierto
Nivel 4	25% (\$350 max.)	No cubierto
TARIFAS MÉDICAS POR PERÍODO DE PAGO (52)		
Solo Partner		\$62.18
Compañero y cónyuge		\$177.08
Compañero y hijo(s)		\$121.47
Compañero y familia		\$205.58

1) Se restablece a partir del 1 de enero de 2027

ANTHEM PPO PLATINUM SAVER

DETALLES DEL PLAN	EN LA RED	FUERA DE LA RED
DEDUCIBLE ANUAL AÑO CALENDARIO ¹ Individual / Individual en familiar / Familiar	\$1,700 / \$3,400 / \$3,400	\$3,400 / \$6,800 / \$6,800
DESEMBOLSO MÁXIMO AÑO CALENDARIO ¹ Individual / Individual en familiar / Familiar	\$3,500 / \$3,500 / \$7,000	\$7,000 / \$7,000 / \$14,000
SERVICIOS PROFESIONALES		
Médico de atención primaria (PCP)	20% después del deducible	50% después del deducible
Telemedicina (LiveHealth Online)	Gratis	No cubierto
Especialista	20% después del deducible	50% después del deducible
Examen de atención preventiva	100% cubierto (deducible renunciado)	50% después del deducible
Rayos X y laboratorio de diagnóstico	20% después del deducible	No cubierto
Diagnósticos complejos (MRI/CT Scan)	20% después del deducible (entorno hospitalario)	No cubierto
Diagnósticos complejos (MRI/CT Scan)	10% después del deducible (centro independiente)	No cubierto
Quiropráctico	20% después del deducible (30 visitas máx.)	50% después del deducible (30 visitas máx.)
Dx y Tratamiento de Infertilidad	Beneficio médico de \$2,000, \$2,000 de medicamentos recetados	No cubierto
SERVICIOS HOSPITALARIOS		
Paciente hospitalizado	20% después del deducible	50% después del deducible
Cirugía ambulatoria	20% después del deducible (entorno hospitalario)	50% después del deducible
Cirugía ambulatoria	10% después del deducible (centro independiente)	50% después del deducible
Sala de emergencias	20% después del deducible	
Atención urgente	20% después del deducible	50% después del deducible
MEDICAMENTOS CON RECETA		
Medicamentos recetados al por menor (suministro para 31 días)		
Nivel 1	\$10 copago / \$0 Costco	No cubierto
Nivel 2	\$25 copago	No cubierto
Nivel 3	\$40 copago	No cubierto
Nivel 4	20%	No cubierto
	Se aplica el deducible médico	
TARIFAS MÉDICAS POR PERÍODO DE PAGO (52)		
Solo <i>Partner</i>	\$39.19	
Compañero y cónyuge	\$139.27	
Compañero y hijo(s)	\$95.98	
Compañero y familia	\$177.39	

1) Se restablece a partir del 1 de enero de 2027

MEDICAL

ANTHEM PPO SMART SAVER

DETALLES DEL PLAN	EN LA RED	FUERA DE LA RED
DEDUCIBLE ANUAL AÑO CALENDARIO ¹ Individual / Individual en familiar / Familiar	\$3,300 / \$3,300 / \$6,600	\$6,600 / \$6,600 / \$13,200
DESEMBOLSO MÁXIMO AÑO CALENDARIO ¹ Individual / Individual en familiar / Familiar	\$8,000 / \$8,000 / \$16,000	\$16,000 / \$16,000 / \$32,000
SERVICIOS PROFESIONALES		
Médico de atención primaria (PCP)	20% después del deducible	50% después del deducible
Telemedicina (LiveHealth Online)	Gratis	No cubierto
Especialista	20% después del deducible	50% después del deducible
Examen de atención preventiva	100% cubierto (deducible renunciado)	50% después del deducible
Rayos X y laboratorio de diagnóstico	20% después del deducible	No cubierto
Diagnósticos complejos (MRI/CT Scan)	20% después del deducible (entorno hospitalario)	No cubierto
Diagnósticos complejos (MRI/CT Scan)	10% después del deducible (centro independiente)	No cubierto
Quiropráctico	20% después del deducible (30 visitas máx.)	50% después del deducible (30 visitas máx.)
Dx y Tratamiento de Infertilidad	Beneficio médico de \$2,000, \$2,000 de medicamentos recetados	No cubierto
SERVICIOS HOSPITALARIOS		
Paciente hospitalizado	20% después del deducible	50% después del deducible
Cirugía ambulatoria	20% después del deducible (entorno hospitalario)	50% después del deducible
Cirugía ambulatoria	10% después del deducible (centro independiente)	50% después del deducible
Sala de emergencias	20% después del deducible	
Atención urgente	20% después del deducible	50% después del deducible
MEDICAMENTOS CON RECETA		
Medicamentos recetados al por menor (suministro para 31 días)		
Nivel 1	\$10 copago / \$0 Costco	No cubierto
Nivel 2	\$25 copago	No cubierto
Nivel 3	\$40 copago	No cubierto
Nivel 4	20%	No cubierto
	Se aplica el deducible médico	
TARIFAS MÉDICAS POR PERÍODO DE PAGO (52)		
Solo Partner	\$31.03	
Compañero y cónyuge	\$118.62	
Compañero y hijo(s)	\$79.51	
Compañero y familia	\$151.27	

1) Se restablece a partir del 1 de enero de 2027

CUENTAS DE AHORROS PARA LA SALUD (HSA)

SUS PLANES MÉDICOS PPO

Una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA) es su cuenta de ahorros personal creada para usarla para los gastos de atención médica del bolsillo y es una inversión para su futuro. Al inscribirse en el Plan Aetna PPO Smart Saver, tendrá acceso a una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA).

¿CUÁLES SON LOS BENEFICIOS?

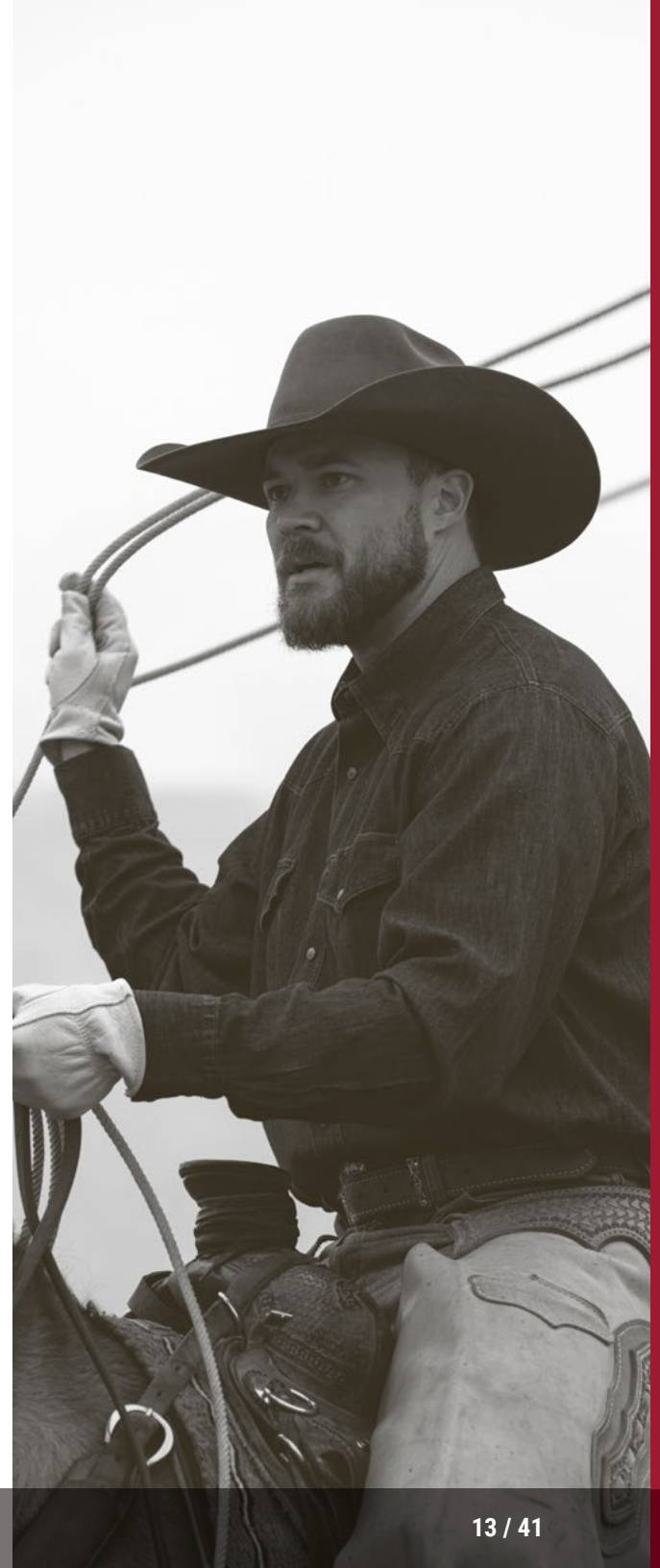
La cuenta de ahorros es suya. Los fondos en su cuenta HSA se quedan con usted inclusive si cambia de trabajo. Si ya no está cubierto por un plan calificado HSA, su cuenta permanece activa y puede utilizar los fondos restantes para los gastos calificados por el IRS.

- **Primas mensuales más bajas** – Le permite depositar la diferencia en costos en su propia cuenta de ahorros para guardarlos.
- **Triple Ventaja Fiscal** – El dinero que ingresa a la HSA es libre de impuestos, las ganancias de la inversión son libres de impuestos y los fondos que utiliza para gastos médicos calificados se toman libres de impuestos. Impuesto estatal sujeto a ley estatal.¹
- **Crecimiento** – Si mantiene un saldo de \$2,000, sus fondos adicionales se pueden invertir en fondos mutuos que generan ganancias libres de impuestos.
- **Planeación a futuro** – Hasta que cumpla 65 años, solo los retiros utilizados para gastos elegibles son libres de impuestos. Después de cumplir 65 años, o si sufre una incapacidad, su cuenta HSA se vuelve similar a una IRA regular. Los retiros que utiliza para gastos no elegibles serán sujetos a impuestos a la tasa del impuesto sobre la renta regular, pero no incurrirá en multas adicionales.¹
- **Los fondos se pueden asignar a un beneficiario o dejarlos para su patrimonio.**¹

1) Consulte con su asesor fiscal para conocer las leyes fiscales que aplican en su estado.

LO QUE DEBE SABER SOBRE SU CUENTA DE AHORROS PARA LA SALUD

- Usted es dueño de su HSA
- Su dinero se traslada de un año a otro
- Usted decide el monto que aporta (aplican límites)
- Combina con un plan de salud de deducible alto
- Recibe triple ventaja fiscal



CUENTAS DE AHORROS PARA LA SALUD (HSA)

¿QUÉ CUBRE?

Las HSA cubren una gran variedad de gastos necesarios médicamente que incluyen entre otros:

- copagos, deducibles
- Gastos dentales
- Pagos de ortodoncia
- Medicamentos recetados
- Gastos de visión
- Medicamentos de venta libre, vitaminas o cremas
- Gastos de primeros auxilios como curitas, aspirina, soporte para la espalda.
- Equipo médico duradero
- Clases para el parto
- Consejería
- Terapia de masajes (Con autorización de la necesidad médica, no para spas)

Para obtener una lista completa de los gastos médicos calificados ingrese a la página web: hsastore.com

¿CÓMO CALIFICO PARA ABRIR Y HACER APORTES A UNA CUENTA BANCARIA HSA?

El IRS tiene directrices sobre quién puede abrir o hacer aportes a una HSA. Estas son las directrices:

Para abrir y hacer aportes a una Cuenta de Ahorros para la Salud:

- Primero debe estar inscrito en un plan médico HSA calificado como un plan Smart Saver
- No puede estar inscrito en un plan de salud de médico secundario
- No puede ser declarado como dependiente en la declaración de renta de otra persona (excluyendo al cónyuge)

Una vez que ha establecido una Cuenta de Ahorros para la Salud los fondos seguirán siendo suyos y seguirá teniendo acceso a los fondos independientemente de las calificaciones antes mencionadas para inscribirse o hacer aportes al plan.



CUENTAS DE AHORROS PARA LA SALUD (HSA)

FORMAS PARA APROVECHAR AL MÁXIMO SU HSA

Existen varias formas para maximizar su HSA. HealthEquity ha suministrado herramientas y recursos en el siguiente enlace de la biblioteca de recursos:

healthequity.com/learn

- La forma más conveniente de pagar los gastos calificados es utilizar la tarjeta débito.
- También puede utilizar su propio efectivo o una tarjeta de crédito personal y reembolsarse a través de su cuenta bancaria HSA en línea.
- Se recomienda que guarde los recibos de las compras de HSA, en caso de que alguna vez sea auditado por el IRS.
- Vea el estado de sus reclamos y verifique el saldo de su HSA en healthequity.com
- Calculadora de HSA: healthequity.com/calculator/hsa-contribution

LÍMITES DE LOS APORTES A LA HSA PARA EL 2026 Y 2027

El IRS regula el monto que se puede aportar a la HSA por año del plan. A continuación se muestran los límites para el 2026 y 2027.

TARIFAS DEL APOORTE MÁXIMO AÑO CALENDARIO	2026	2027
Solo <i>Partner</i>	\$4,400	\$4,500
Compañero y Dependientes	\$8,750	\$9,000
Aporte "adicional" si es mayor de 55 años	\$1,000	\$1,000

COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS

Muchos medicamentos recetados aprobados por la FDA están cubiertos a través del programa de beneficios. A continuación se resume información importante sobre su cobertura de medicamentos recetados:

- Su plan médico cubre medicamentos genéricos incluidos en el formulario, medicamentos de marca incluidos en el formulario, medicamentos de marca no incluidos en el formulario y medicamentos de especialidad.
- La FDA exige que los medicamentos genéricos contengan los mismos ingredientes activos de sus equivalentes de marca.
- Un medicamento de marca está protegido por una patente y solo lo puede producir un fabricante específico.
- Aunque es probable que le receten medicamentos que no están incluidos en el formulario, estos tipos de medicamentos no están en la lista del formulario preferido de la compañía de seguros.
- Los medicamentos de especialidad por lo general tratan enfermedades crónicas o complejas y pueden requerir de un almacenamiento especial o mucha supervisión.

Para obtener una versión actualizada de la(s) lista(s) de medicamentos recetados, comuníquese con sus coordinadores de atención de miembros al **(855) 672-2692**.

¿POR QUÉ PAGAR MÁS?

Existen algunas formas en las que puede ahorrar dinero cuando utiliza el plan de Medicamentos Recetados:

PEDIDO POR CORREO

Ahorre tiempo y dinero utilizando el servicio de pedido por correo para medicamentos de mantenimiento. Se le enviará un suministro de medicamentos de 90 días en vez de un suministro normal para 30 días en una farmacia sin cita previa.

COMPARE PRECIOS

Algunas farmacias como las tiendas mayoristas o las tiendas de descuento pueden ofrecer medicamentos más económicos que otras. Al llamar con anticipación, puede determinar cuáles farmacias ofrecen los precios más competitivos.

EXPLORE OPCIONES DE MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE

Para afecciones comunes, los medicamentos de venta libre pueden ser una opción menos costosa que tienen el mismo propósito que los medicamentos recetados.



CUENTA DE GASTOS FLEXIBLE (FSA)

Una cuenta de gastos flexible es una cuenta especial que le permite utilizar dólares antes de impuestos para cubrir los gastos del cuidado de la salud y del cuidado de dependientes elegibles. Existen diferentes tipos de FSA que ayudan a reducir sus ingresos gravables cuando paga sus gastos elegibles, los de su cónyuge y los de sus dependientes elegibles como se describe a continuación:

FSA PARA EL CUIDADO DE LA SALUD

- Puede utilizar los fondos para los gastos del cuidado de la salud elegibles que no cubre su seguro médico, dental y de visión.
- La contribución máxima del 1 de enero al 31 de diciembre de 2027 es de \$3,500.*
- Nota: el año del plan cambia del 1 de enero al 31 de diciembre.
- * Esto puede cambiar debido al anuncio del IRS.

Haga clic o escanee el código QR para ver un video sobre la Cuenta de Ahorros para la Salud (FSA)

FSA PARA EL CUIDADO DE DEPENDIENTES

- Se puede utilizar para pagar los gastos del cuidado infantil de un niño (hasta 13 años) y/o para el cuidado de un familiar incapacitado de su hogar, que no se puede cuidar por sí mismo.
- La contribución máxima del 1 de enero al 31 de diciembre de 2027 es de \$7,500.

Haga clic o escanee el código QR para ver un video sobre la Cuenta de Ahorros para el Cuidado de Dependientes (FSA)

CUENTA DE GASTOS PARA VIAJES COTIDIANOS

- Se puede usar para pagar boletos de tránsito calificados, vanpooling, pagos para el transporte en un vehículo de carretera, y gastos de estacionamiento calificados.
- La contribución máxima para estacionamiento para 2027 es de \$350/por mes
- La contribución máxima para 2027 es de \$350/por mes
- Reembolso en efectivo no es permitido. Debe usar su tarjeta de Débito FSA para todos sus gastos de estacionamiento y tránsito.

¿CUÁLES SON LOS BENEFICIOS?

- La reducción de sus ingresos gravables y el aumento de sus ingresos disponibles.
- Ahorra dinero mientras usted y su familia se mantienen saludables.

¿CÓMO LA UTILIZO?

Para utilizar su cuenta FSA para el Cuidado de la salud:

- Puede utilizar la tarjeta débito que recibió de Flex Facts en el momento de la compra de un gasto elegible y el monto se descontará directamente de su cuenta FSA
- También puede enviar a Flex Facts la prueba de un gasto elegible a través de la página web flexfacts.wealthcareportal.com/page/home

Para utilizar su cuenta FSA para el Cuidado de Dependientes:

- Pagará del bolsillo los gastos elegibles del cuidado de dependientes y enviará la prueba a Flex Facts a través de la página web flexfacts.wealthcareportal.com/page/home

Algunas reglas que debe conocer:

- El año del plan FSA 2026 terminará el 31/12/2026 con un período de gracia de 2.5 meses para presentar sus gastos para su cuenta de atención médica. Podrás transferir \$680 al año del plan 2027.
- El año del plan FSA 2027 comenzará el 1 de enero de 2027. En noviembre de 2026 se llevará a cabo una inscripción abierta por separado para el plan FSA.
- Se debe inscribir en el programa FSA en un plazo de 30 días posteriores a su fecha de contratación o durante la inscripción abierta. En ese momento establecerá el monto del aporte anual dentro del límite máximo.
- Una vez inscrito, tendrá acceso en línea a flexfacts.wealthcareportal.com/page/home para ver el saldo de su FSA, revisar un reembolso y más.

Comuníquese con su Departamento de Beneficios si tiene alguna pregunta sobre las inscripciones en la FSA.



PLAN DENTAL

SU PLAN DENTAL PPO

Usted y sus dependientes elegibles tienen la oportunidad de inscribirse en un plan Dental de la Organización de Proveedor Preferido (PPO) ofrecido por Delta Dental. Le recomendamos que revise los detalles de la cobertura y seleccione la opción que mejor se adapte a sus necesidades.

Haga clic o escanee el código QR para ver un video sobre el seguro dental

USO DEL PLAN

El plan dental PPO está diseñado para brindarle la libertad de recibir atención dental de cualquier dentista licenciado de su elección. Tenga en cuenta que recibirá el mayor nivel de beneficios del plan si selecciona un dentista de la red PPO en lugar de un dentista fuera de la red que no ha acordado prestar servicios a las tarifas negociadas. Además, no se requieren formularios de reclamos cuando utiliza dentistas de la red PPO.

CONSEJO: ENCUENTRE UN DENTISTA

El plan Dental PPO está diseñado para brindarle la libertad de recibir atención dental de cualquier dentista con licencia de su elección. Tenga en cuenta que recibirá el nivel más alto de beneficios del plan si selecciona un dentista de la red PPO en lugar de un dentista fuera de la red que no haya aceptado brindar servicios a la tarifa negociada. Además, no se requieren formularios de reclamo cuando se utilizan dentistas de PPO dentro de la red. Para determinar si su dentista está dentro o fuera de su red de seguro, llame a Delta Dental al **(800) 765-6003**.

DENTAL PLAN

DELTA DENTAL HIGH PPO

DELTA DENTAL LOW PPO

DETALLES DEL PLAN	EN LA RED		FUERA DE LA RED	
DEDUCIBLE ANUAL POR AÑO CALENDARIO Individual / Familiar	\$50 / \$150		\$50 / \$150	
Máximo año calendario	\$2,000 por miembro		\$1,500 por miembro	
PREVENTIVO				
Visita de oficina	Sin copago		Sin copago	
Limpiezas / Rayos X	Sin copago		Sin copago	
BÁSICO				
Empastes de amalgama	90% cubierto		90% cubierto	
MAYORES				
Coronas (porcelana fundida sobre metal noble)	60% cubierto		60% cubierto	
Dentadura postiza	60% cubierto		60% cubierto	
ORTODONCIA				
Adulto	50% cubierto \$2,000 vida máxima	50% cubierto \$2,000 vida máxima	50% cubierto \$1,500 vida máxima	50% cubierto \$1,500 vida máxima
Niño	50% cubierto \$2,000 vida máxima	50% cubierto \$2,000 vida máxima	50% cubierto \$1,500 vida máxima	50% cubierto \$1,500 vida máxima
TARIFAS DENTALES POR PERÍODO DE PAGO (52)				
Solo Partner	\$6.22		\$4.40	
Compañero y cónyuge	\$16.74		\$11.82	
Compañero y hijo(s)	\$15.38		\$10.86	
Compañero y familia	\$25.40		\$17.93	



PLAN DE VISIÓN

SU PLAN DE VISIÓN

La cobertura de visión se ofrece a través de EyeMed como un plan de la Organización de Proveedor Preferido (PPO).

Haga clic o escanee el código QR para ver un video sobre el seguro de la vista

USAR EL PLAN

Al igual que en un plan PPO tradicional, puede aprovechar el nivel mayor de beneficios cuando recibe servicios de médicos y proveedores de visión de la red. Usted será responsable de un copago en el momento de su servicio. Sin embargo, si recibe servicios de un médico fuera de la red, usted pagará todos los gastos en el momento del servicio y enviará un reclamo para reembolso hasta el monto permitido.

EYEMED VISION PPO

DETALLES DEL PLAN	EN LA RED	FUERA DE LA RED
EXAMEN - Cada 12 meses	\$20 copago	Hasta \$30
LENTES - Cada 12 meses		
Único	Sin copago	Hasta \$25
Bifocal	Sin copago	Hasta \$40
Trifocales	Sin copago	Hasta \$63
MARCOS - Cada 12 meses	Asignación de hasta \$160, 20% de descuento en el saldo de más de \$160	Hasta \$80
	40% de descuento en cualquier adicional pares de gafas	
CONTACTOS - Cada 12 meses		
Medicamento necesario (En lugar de lentes y monturas)	Asignación de hasta \$160, 15% de descuento en saldo superior a \$160	Hasta \$128
EYE360 Servicios a través de un proveedor de Plus Network	\$0 para el examen y \$50 adicionales para el armazón, lo que lo eleva a \$210	No aplica
TARIFAS DE VISIÓN POR PERÍODO DE PAGO (52)		
Solo Partner	\$1.47	
Compañero y cónyuge	\$2.49	
Compañero y hijo(s)	\$2.64	
Compañero y familia	\$3.96	

BENEFICIOS SUMINISTRADOS POR LA COMPAÑÍA

SEGURO DE VIDA Y AD&D BÁSICO SUMINISTRADO POR LA COMPAÑÍA

En caso de su muerte, el Seguro de Vida otorgará protección y seguridad financiera a sus familiares o a otros beneficiarios. Además, si su muerte ocurre en un accidente o sufre un desmembramiento, puede aplicar su cobertura de Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D). Boot Barn ofrece cobertura de Seguro de Vida y AD&D Básico a través de Reliance Estándar. Todos los *Partners* de tiempo completo que trabajan más de 30 horas a la semana recibirán el beneficio por un monto de \$25,000. Tenga en cuenta que los beneficios se reducirán cuando cumpla 70 años.

SEGURO DE INCAPACIDAD A CORTO PLAZO (STD) Y DE INCAPACIDAD A LARGO PLAZO (LTD) SUMINISTRADOS POR LA COMPAÑÍA

Si sufre una enfermedad o lesión no relacionada con el trabajo que le impide trabajar, la cobertura de incapacidad funciona como el remplazo de ingresos para proteger activos importantes y ayudar a seguir con el mismo nivel de ingresos. La elegibilidad de los beneficios se puede basar en la incapacidad para su actividad o para cualquier actividad.

- Incapacidad a Corto Plazo (STD) patrocinado por la compañía. Boot Barn ofrece un plan STD a través de Reliance Standard para proporcionar el 66,67 % de su ingreso semanal. El plan comienza a pagar estos beneficios en el momento de la incapacidad después de haber estado ausente del trabajo durante 7 días consecutivos. Este plan puede coordinarse con los estados que ofrecen programas de ingresos por discapacidad.
- Incapacidad a largo Plazo (LTD) patrocinado por la compañía. Boot Barn ofrece un plan de LTD a través de Reliance Matrix. Si su incapacidad se prolonga por más de 90 días, la cobertura de LTD puede reemplazar el 60% de sus ingresos, hasta un máximo de \$6,000 al mes. Se pueden seguir pagando sus beneficios siempre y cuando usted cumpla con la definición de incapacidad.

Por favor comuníquese con su Departamento de Recursos Humanos en benefits@bootbarn.com para obtener información sobre elegibilidad e información adicional.

¡OBLIGATORIO! ¿TIENE ACTUALIZADOS A SUS BENEFICIARIOS?

Los beneficiarios son personas o entidades que usted selecciona para que reciban los beneficios de su póliza.

- Usted puede cambiar la designación de sus beneficiarios en cualquier momento.
- Usted puede designar un beneficiario único o varios beneficiarios para recibir el pago del porcentaje asignado.
- Para seleccionar o cambiar a su beneficiario, ingrese a ADP o comuníquese con su Departamento de Recursos Humanos en el teléfono (949) 453-4498





SEGURO DE VIDA Y DE INCAPACIDAD

SEGURO DE VIDA A TÉRMINO Y AD&D VOLUNTARIO

La cobertura del Seguro de Vida a Término y AD&D Voluntario está disponible para los *Partners* que quieren compra cobertura adicional de seguro de vida.

Compañero	Incrementos de \$10,000 hasta un máximo de \$250,000 o 5 veces sus ingresos básicos anuales, el que sea menor.
Cónyuge	Incrementos de \$5,000 hasta un máximo de \$125,000, sin que exceda el 50% del monto de la cobertura del <i>Partner</i> .
Hijo(s)	Incrementos de \$5,000 hasta un máximo de \$25,000 sin que exceda el 50% del monto de la cobertura del <i>Partner</i> .

TENGA EN CUENTA: Se puede exigir Evidencia de Asegurabilidad (EOI) antes de la aprobación. Los *Partners* deben elegir cobertura primero antes de que su cónyuge e hijos pueden elegir cobertura.

Haga clic o escanee el código QR para obtener más información sobre la evidencia de asegurabilidad (EOI)

SEGURO VOLUNTARIO DE INCAPACIDAD A CORTO PLAZO (STD)

La cobertura de incapacidad funciona como el remplazo de ingresos para proteger activos importantes y ayudar a seguir con algún nivel de ingresos si sufre una lesión o enfermedad no relacionada con el trabajo. Puede comprar cobertura adicional de Incapacidad a Corto Plazo (STD) a través de Reliance Matrix. Este plan varía según la edad específica y el salario del *Partner*. Consulte ADP para conocer su tarifa específica.

SEGURO DE INCAPACIDAD DEL ESTADO

- El estado donde usted reside puede proporcionar un plan de seguro por incapacidad de remplazo parcial del sueldo.
- Para obtener más información sobre los programas de incapacidad legales, comuníquese con su Departamento de Recursos Humanos al teléfono **(949) 453-4498**

COBERTURA VOLUNTARIA

COBERTURA DE ENFERMEDAD CRÍTICA

La cobertura de enfermedad crítica que se ofrece de forma voluntaria a través de Reliance Matrix paga un beneficio de una suma global si es diagnosticado con una enfermedad o condición médica cubierta. Todos los beneficios se pagan directamente a usted y puede utilizar los fondos como mejor considere.

Haga clic o escanee el código QR para obtener más información sobre el seguro de enfermedades crítica

¿CUÁLES SON EJEMPLOS DE ENFERMEDADES O CONDICIONES CUBIERTAS?

- Ataque cardíaco
- Insuficiencia en órgano importante
- Tumor cerebral benigno
- Ceguera
- Insuficiencia renal (riñón) en etapa terminal
- Cirugía de bypass de arteria coronaria; paga el 25% del monto de la suma global

ESTE ES UN EJEMPLO DE COMO LE PUEDE AYUDAR LA COBERTURA DE ENFERMEDAD CRÍTICA

Denise tiene 45 años y sufrió un ataque cardíaco. Estuvo fuera del trabajo durante un par de meses recuperándose y aunque tenía un seguro de incapacidad no le cubría toda la pérdida de ingresos ni las facturas médicas.

Afortunadamente Denise tenía una póliza de enfermedad crítica por \$10,000. Ella presentó su reclamo y recibió su beneficio en efectivo para que pudiera pagar sus facturas y los gastos médicos. Con su póliza de enfermedad crítica, Denise tuvo tranquilidad y pudo enfocarse en mejorar su salud.

¿QUIERE SABER MÁS?

Si está considerando este tipo de cobertura, se debe inscribir cuando es elegible por primera vez o durante el periodo anual de inscripción abierta. Para conocer más o para obtener el programa de beneficios completo, comuníquese con su Departamento de Recursos Humanos al teléfono **(949) 453-4498**.



COBERTURA VOLUNTARIA

COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA

Un viaje al hospital, planeado o no planeado, puede ser perturbador, especialmente si su seguro médico primario no cubre la mayor parte de sus costos. El seguro hospitalario que se ofrece de forma voluntaria a través de Reliance Matrix paga en efectivo a usted o a su familia con el fin de compensar las facturas médicas o que no sean médicas que resultan de una estadía en el hospital.

Haga clic o escanee el código QR para obtener más información sobre la cobertura de indemnización hospitalaria.

¿CÓMO PUEDE AYUDAR EL SEGURO HOSPITALARIO?

Los beneficios en efectivo se pueden utilizar para pagar los servicios o los gastos que su plan médico tradicional no podría cubrir. Considerando que los beneficios se le pagan directamente a usted, puede decidir cómo usarlos.

TARIFAS SEMANALES

Solo <i>Partner</i>	\$3.80
Compañero y cónyuge	\$5.57
Compañero y hijo(s)	\$6.70
Compañero y familia	\$8.39

¿QUIERE SABER MÁS SOBRE LA COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA O DE ACCIDENTE?

Si está considerando este tipo de cobertura, se debe inscribir cuando es elegible por primera vez o durante el periodo anual de inscripción abierta.

Para conocer más o para obtener el programa de beneficios completo, comuníquese con su Departamento de Recursos Humanos al teléfono **(949) 453-4498**.

COBERTURA DE ACCIDENTES

El seguro de accidentes que se ofrece de forma voluntaria a través de Reliance Matrix provee cobertura para lesiones y tratamientos específicos ocasionados en un accidente cubierto. El monto del beneficio que se paga depende del tipo de lesión y atención recibida.

Haga clic o escanee el código QR para obtener más información sobre el seguro de accidentes

¿CÓMO PUEDE AYUDAR EL SEGURO DE ACCIDENTES?

Considerando que los beneficios se le pagan directamente a usted, puede decidir cómo usarlos, como por ejemplo para pagar facturas médicas, subsidiar la pérdida de ingresos o cubrir los gastos diarios.

COBERTURA VOLUNTARIA

ID DE LIFELOCK

En el mundo actual comprar en línea, utilizar Wi-Fi y dar los números del seguro social como una forma de identificación puede exponer nuestra información personal. Si tiene un problema de robo de identidad, LifeLock le puede ayudar a solucionarlo. Comuníquese con su Departamento de Recursos Humanos en el teléfono **(949) 453-4498** para obtener información adicional.

Cuando se detecta una amenaza, LifeLock les informa a los afiliados por:

- Teléfono
- Mensaje de texto
- Correo electrónico

OPCIONES DEL PLAN SEMANAL	LIFELOCK BENEFIT
Compañero Solo (mayor de 18 años)	\$1.96
Compañero y Familia	\$3.92

CÁNCER GUARDIAN

A través de descuentos de nómina económicos, la inscripción en el plan Cáncer de Guardian le puede ayudar a prevenir y a combatir el cáncer de forma más eficaz. Cáncer de Guardian soluciona los problemas de concientización, acceso y viabilidad económica a los servicios que pueden ayudar a mejorar la prevención y la supervivencia. Revise la elegibilidad y los precios del programa a través de su portal de inscripción en línea, ADP. Comuníquese con su Departamento de Recursos Humanos al teléfono **(949) 453-4498** para obtener información adicional.

El programa incluye estos beneficios y características valiosas:

- Pruebas avanzadas de DNA
- Especialistas de apoyo para casos de cáncer
- Plataforma de registros médicos

TARIFAS SEMANALES

Solo <i>Partner</i>	\$3.69
Compañero y cónyuge	\$7.38
Compañero y hijo(s)	\$3.69
Compañero y familia	\$7.38



COBERTURA VOLUNTARIA

SEGURO LEGAL

El seguro legal de ARAG le brinda la protección que necesita para los buenos momentos de la vida y le ayuda a superar las dificultades. Con honorarios de abogados de la red cubiertos al 100% para la mayoría de los asuntos cubiertos, puede sentirse seguro al resolver su problema legal.

- Trabaje con un abogado de la red y sus honorarios se cubren al 100% en la mayoría de los asuntos legales cubiertos.
- Ahorre miles de dólares en promedio en asuntos legales al evitar costosos honorarios.
- Le ayudamos a conectar con abogados locales, muchos de ellos con más de 20 años de experiencia.
- Aborde sus situaciones legales cubiertas con un abogado de la red, que está a solo una llamada de distancia para obtener ayuda y representación legal.
- Utilice DIY Docs para crear una variedad de documentos legalmente válidos, como un testamento o un poder notarial, incluyendo plantillas específicas para cada estado.

¿QUÉ CUBRE EL SEGURO LEGAL?

- Testamentos y planificación patrimonial
- Bienes raíces y propiedad de vivienda
- Multas de tránsito y suspensión de licencias
- Disputas con arrendadores
- Asuntos de derecho familiar
- Tribunal de reclamos menores
- Fraude al consumidor
- Disputas sobre bienes personales
- Cobro de deudas
- Quiebras
- Auditoría fiscal
- Divorcio
- Custodia y manutención de menores
- Asuntos penales
- Servicios para padres/abuelos
- ¡Y más!

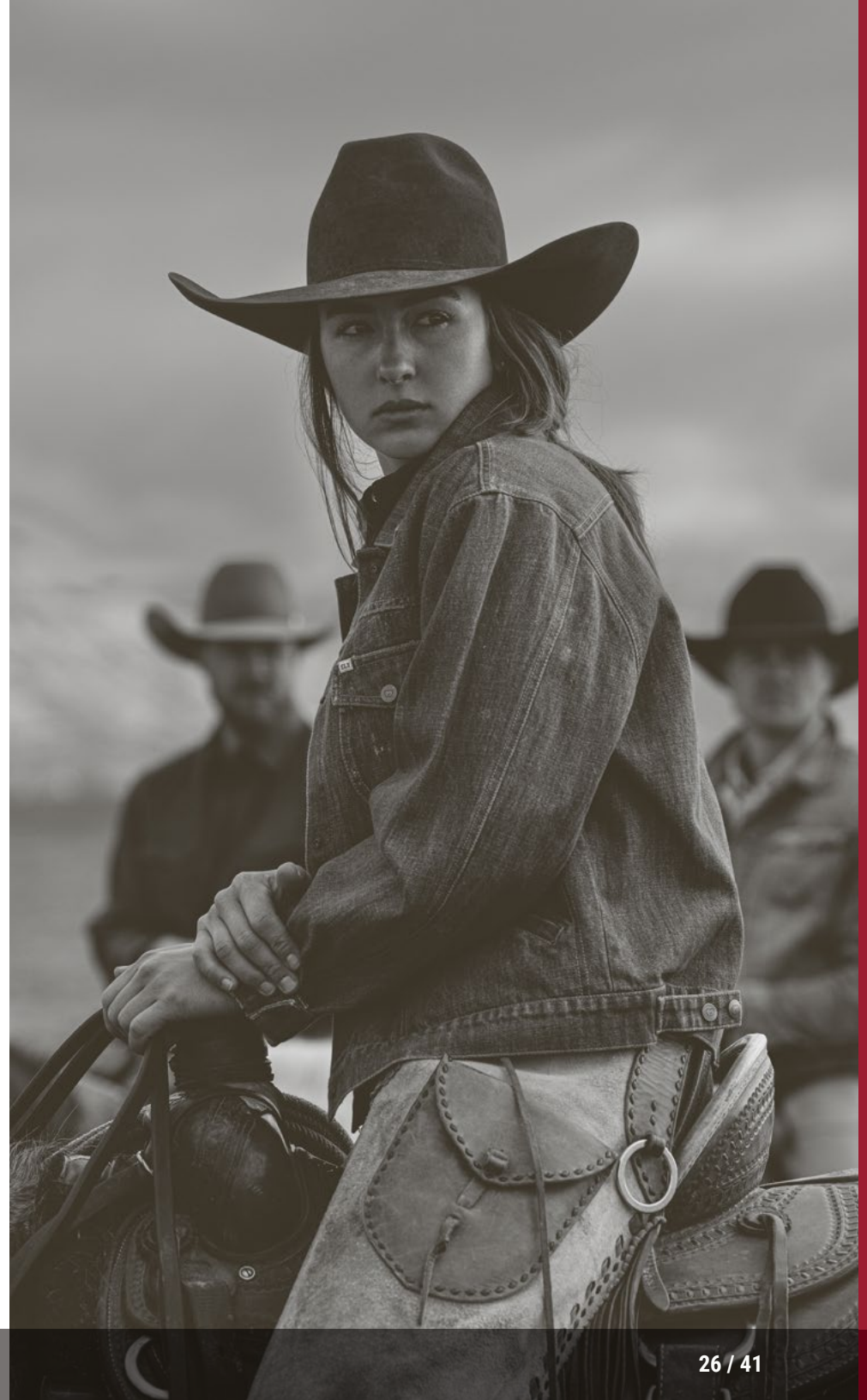
¿CUANTO CUESTA?

SEMANALES

\$4.34

¿QUIERES MÁS INFORMACIÓN?

Para obtener información detallada sobre el plan, visite ARAGlegal.com/plans e ingrese el código de acceso: **19271bb** o llame al **(800) 247-4184**.



SEGURO PARA MASCOTAS

¿TIENE UN AMIGO PELUDO?

Para muchos de nosotros, nuestras mascotas son tan especiales y las queremos tanto como a los miembros de nuestra familia. Por eso es tan importante que también protejamos su salud.

SEGURO PARA MASCOTAS DE ASPCA

El seguro de salud para mascotas ASPCA ofrece un seguro tradicional para mascotas y puede ayudarlo a reembolsarle los gastos veterinarios cubiertos.

RECIBIR COBERTURA PARA EXÁMENES DE RUTINA

Ayuda a tener a su mascota segura y saludable a través de cuidados preventivos como radiografías y ecografías.

ESTAR MEJOR PREPARADO PARA LO INESPERADO

Un pago mensual pequeño le puede ayudar a prepararse para accidentes y lesiones más adelante.

AYUDA A CUBRIR COSTOS NO PLANEADOS

Cuando se presenta una enfermedad, el seguro para mascotas le puede ayudar a reembolsar los gastos cubiertos del veterinario.

Además recibirá los siguientes beneficios:

- Ofertas flexibles de productos
- Inscripción rápida en 3 pasos y una experiencia en reclamos sin inconvenientes
- Opciones de soporte multicanal

Para recibir una cotización o inscribirse, visite ASPCApetinsurance.com/BootBarn o llame al (877) 343-5314.

¿NECESITA UN SEGURO DE MASCOTAS PARA SU CABALLO?

¡ASPCA puede ayudar! Tu caballo es tu *Partner*. Cuando se trata de su salud, merecen recibir la atención que necesitan. ¡Los planes de seguro de salud para mascotas de ASPCA pueden ayudar con eso como los primeros planes de seguro exclusivamente para la salud de su caballo, ¡no se requiere seguro de mortalidad!

La compañía no tiene precio, por lo que la cantidad que pagó por su caballo no determina su elegibilidad para la inscripción. ¡Con nuestras opciones de planes personalizables, es fácil encontrar la cobertura que le conviene a su caballo, ¡y a su vida!

COBERTURA DE CÓLICOS EN TODOS LOS PLANES

El cólico tiene muchas causas. No creemos que deba elegir para qué tipo de cólico cubrir a su caballo. Ambos planes equinos disponibles tienen protección contra cólicos causados por accidentes o enfermedades, por lo que no importa cuál elija, sus problemas de cólicos están cubiertos.

El seguro para caballos está actualmente disponible en CA, CO, CT, IL, KY, NJ, PA, OH, OK, TX, VA, WI y WA.

Para obtener una cotización o inscribirse, visite ASPCApetinsurance.com/horse/?prioritycode=EB22BootBarn o llame al (877) 343-5314.

OPCIONES DE JUBILACIÓN

SU OPCIÓN DEL PLAN 401 (K)

Administrado por Fidelity Investment, el plan 401(k) le permite planear su futuro al invertir una parte de cada cheque de pago. Una vez usted sea elegible, puede optar porque se retenga un porcentaje de su cheque de pago y se invierta en su cuenta 401(k), sujeto a las leyes federales y a las directrices del plan. Comuníquese con su Departamento de Recursos Humanos en benefits@bootbarn.com para confirmar la elegibilidad y las fechas de inscripción.

INSCRIPCIÓN Y ACCESO A LA CUENTA

Para inscribirse en el plan 401(k), ingrese a la página web netbenefits.com to para inscribirse en línea o comuníquese con Fidelity a través del teléfono **(800) 835-5097**. Los Especialistas en Jubilación de Fidelity están disponibles de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 8:30 p.m. (ET). Verifique el saldo de su cuenta 401(k), vea sus aportes y cambie sus inversiones y más a través de la página web netbenefits.com.

APORTES DE CONTRAPARTIDA DEL EMPLEADOR

Los *Partners* de tiempo completo y de medio tiempo podrán comenzar a hacer aportes a su plan 401(k) después de 30 días de empleo. Los *Partners* elegibles se pueden inscribir en cualquier momento. Boot Barn igualará los aportes del *Partner* después de que cumplan 1 año con la compañía. El aporte corresponde al 100% del primer 3% y el 50% del segundo 2% aportado.

INFORMACIÓN ADICIONAL DEL PLAN 401(K)

LÍMITES DE LOS APORTES

Para 2026, el límite de contribución anual del IRS es de \$24,500 para todas las personas menores de 50 años. Los *Partners* de 50 a 59 años o de 64 años o más pueden contribuir con \$8,000 adicionales. Los *Partners* de 60 a 63 años pueden contribuir con \$11,250 adicionales, lo que se conoce como una contribución de "super-catch-up". Si ganó \$150,000 o más en 2025, sus contribuciones adicionales de recuperación (*catch-up contributions*) deben realizarse en un plan Roth 401(k). Si tiene varios empleadores durante el año, estos límites se combinan para todos los planes a los que contribuye durante el año. Pueden aplicarse restricciones a estos límites según los documentos del plan y los requisitos de prueba anuales.

CAMBIOS A LOS APORTES

Comuníquese con su Departamento de Recursos Humanos al teléfono **(949) 453-4498** para conocer la frecuencia y el proceso para cambiar sus aportes. También puede interrumpir sus aportes totalmente en cualquier momento. Las solicitudes para cambiar o interrumpir sus aportes se deben hacer a través de la página web del proveedor o escribiendo a su Departamento de Recursos Humanos.

APORTES DEL EMPLEADOR

Comuníquese con su Departamento de Recursos Humanos al teléfono **(949) 453-4498** para conocer el estado actual de los aportes del empleador al plan.

ROLLOVER CONTRIBUTIONS

Si tiene un plan o una cuenta de jubilación externa calificada como 401(k), 403(b), 457(b) o IRA, es posible que pueda transferir esa cuenta a su nuevo plan. Por favor contacte a Fidelity Investment o a su Departamento de Recursos Humanos a través del teléfono **(949) 453-4498** para obtener información adicional.

BOOT STRAPS FUND

Boot Straps Fund es una organización benéfica operada y respaldada por los *Partners* en la que cada dólar donado será destinado a un *Partner* que lo necesite. Este fondo fue creado por nuestros colegas, compañeros de equipo y compañeros de trabajo para brindar asistencia financiera a corto plazo en caso de una dificultad personal imprevista.

¿SOY ELEGIBLE?

Para ser elegible para recibir la ayuda, debe cumplir todos los siguientes requisitos:

- Debe ser *Partner* de tiempo completo o de medio tiempo, estar en buen estado, y que lleve mínimo 6 meses de empleo continuo. Los *Partners* por temporada no son elegibles para solicitar la ayuda del Boot Straps Fund.
- No debe haber recibido ayuda financiera de Boot Straps Fund en los últimos 12 meses.
- Su situación debe cumplir con las directrices del fondo y con la definición de emergencia o dificultad financiera personal como consecuencia de un desastre natural, enfermedad, accidente o cualquier otra emergencia familiar imprevista y fuera de su control.

TENGA EN CUENTA: Solo los *Partners* de Boot Barn pueden solicitar la ayuda del fondo, no los dependientes. Al revisar su solicitud se tendrán en cuenta el número de dependientes elegibles. Los dependientes elegibles incluyen a su cónyuge, (a menos que estén separados legalmente) los hijos dependientes solteros hasta 25 años (los hijos deben depender económicamente del *Partner* y ser un estudiante de tiempo completo) y el compañero doméstico reconocido legalmente.

¿CÓMO PUEDO APLICAR?

1. Ir a bootbarnbenefits.com
2. Haga clic en la pestaña **Boot Straps Fund** en la parte superior de la pantalla
3. Haga clic en el enlace **"Aplicar"**
4. Una vez que su solicitud esté completa, haga clic en el botón **"Send"** en la parte inferior de la pantalla.

TENGA EN CUENTA: Se le pedirá que suministre la documentación soporte correspondiente relacionada con el evento. ¿Preguntas sobre el proceso? Contacte a donate@bootbarn.com o llame al Equipo de Beneficios al teléfono **(949) 453-4498**.

¿CÓMO PUEDO DONAR?

1. Ir a bootbarnbenefits.com
2. Haga clic en la pestaña **Boot Straps Fund** en la parte superior de la pantalla
3. Haga clic en el enlace **"Donate"**
4. Tiene la opción de hacer una donación única por \$5, \$10, \$15, \$20, \$25, \$50 o \$100
5. Si quiere donar a través de descuentos de nómina, que es la forma preferida, haga clic en **"Employee Payroll Deductions"** en la pestaña **"Donate"**
6. Si tiene preguntas o necesita información adicional, no dude en llamar a nuestra línea directa **(949) 453-4498**, o envíe un correo a, or donate@bootbarn.com

PROGRAMA DE ASISTENCIA AL EMPLEADO (EAP)

Boot Barn entiende que usted y los miembros de su familia podrían enfrentar una variedad de desafíos personales y laborales. A través del programa EAP tiene acceso a recursos, información y asesoría completamente confidencial y sin ningún costo para usted. Este beneficio es suministrado por la compañía.

Escanea el código QR para conocer más sobre el programa de asistencia al empleado

COMPONENTE DEL PROGRAMA

DETALLES DE LA COBERTURA

Quién lo puede utilizar:	- Todos los <i>Partners</i> de Boot Barn y un ser querido.
Temas que puede incluir:	- Cuidado de niños - Cuidado de Adultos - Servicios legales - Robo de identidad - Problemas conyugales, de pareja o familiares - Terapia por pérdida o duelo - Adicción a sustancias nocivas y recuperación - Soporte financiero - Materiales educativos
Número de sesiones:	- Análisis clínico telefónico ilimitado - Evaluación y remisión - Hasta 4 sesiones del profesional Evaluaciones para <i>Partners</i> y familiares - Orientaciones ilimitadas sobre cuidado de niños y Adultos mayores.

CÓMO TENER ACCESO

Por teléfono: **855-RSL-HELP (855) 775-4357**

En línea: rsli.acieap.com

Correo electrónico: rsli@acieap.com

DIRECTORIO Y RECURSOS

BENEFICIO	CONTACTO	NÚMERO DE GRUPO	NÚMERO DE TELÉFONO	SITIO WEB / CORREO ELECTRÓNICO
Enrollment & Eligibility	Benefits Department Team		(949) 453-4498	bootbarnbenefits.com benefits@bootbarn.com
Online Enrollment Vendor	ADP			lyric.adp.com
Medical Coverage	Collective Health	L06026	(855) 672-2692	join.collectivehealth.com/bootbarn
Dental	Delta Dental	21864	(800) 765-6003	deltadentalins.com
Vision	EyeMed	9820994	(866) 939-3633	eyemed.com
Basic Life/ AD&D and Voluntary Life	Reliance Matrix	GL164597	(800) 351-7500	reliancematrix.com
Additional Resources	Rula	Boot Barn	(323) 205-7088	rula.com/bootbarn
Additional Resources	Hinge Health	Boot Barn	(855) 902-2777	hingehealth.com
Voluntary AD&D	Reliance Matrix	VAR209745	(800) 351-7500	reliancematrix.com
Short Term Disability (STD)	Reliance Matrix	STD168858	(800) 351-7500	reliancematrix.com
Long Term Disability (LTD)	Reliance Matrix	LTD133150	(800) 351-7500	reliancematrix.com
Employee Assistance Plan (EAP)	Reliance Matrix		(855) 775-4357	rsli.acieap.com / rsli@acieap.com
Accident Insurance	Reliance Matrix	VAI854783	(800) 866-2301	reliancematrix.com
Critical Illness	Reliance Matrix	VCI854622	(800) 866-2301	reliancematrix.com
Hospital Indemnity	Reliance Matrix	VHI851313	(800) 866-2301	reliancematrix.com
Cancer Guardian	Genomic Life		(833) 248-2734	genomiclife.com
ID Theft Protection	LifeLock		(800) 866-2301	lifelock.com
Legal Insurance	ARAG		(800) 247-4184	ARAGlegal.com/plans
Pet Insurance	ASPCA Pet Insurance		(877) 343-5314	ASPCApetinsurance.com/BootBarn
Flexible Spending Accounts	Flex Facts		(877) 943-2287	flexfacts.wealthcareportal.com/page/home info@flexfacts.com
Health Savings Account	HealthEquity		(866) 346-5800	healthequity.com
401(k)	Fidelity Investment		(800) 835-5097	netbenefits.com

NOMBRE	CONTACTO	NÚMERO DE TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
Benefits Broker Marsh & McLennan Insurance Agency LLC 1 Polaris Way, Suite 300 Aliso Viejo, CA 92656	Alexander Santiago	(949) 330-1087	Alexander.Santiago@MarshMMA.com
	John Knowles	(626) 268-8408	John.Knowles@MarshMMA.com
	Patty Sanders	(949) 540-6957	Patty.Sanders@MarshMMA.com
	David Nava	(949) 544-8479	David.Nava@MarshMMA.com

NORMAS IMPORTANTES PARA CONOCER SOBRE LA HSA

- Para el año 2026, el límite máximo del aporte para los aportes del compañero y de los empleadores en la cuenta bancaria HSA del compañero es de \$4,400 si está inscrito en el plan Smart Saver o plan Platinum Saver con cobertura para el Compañero Solo y \$8,750 para compañeros con cobertura para dependientes.
- Para el año 2027, el límite máximo de contribución (combinando las aportaciones del afiliado y del empleador) a la cuenta HSA del afiliado es de \$4,500 si usted está inscrito en el plan PPO Smart Saver o Platinum Saver con cobertura exclusiva para el afiliado, y de \$9,000 para afiliados con cobertura para dependientes.
- Recuerde controlar sus aportes para evitar sobrepasar el límite establecido por el IRS; los aportes que excedan el límite del IRS están sujetos a las tasas estándar del impuesto sobre la renta, más un 6% del impuesto al consumo.
- Se impone una multa del 20% por utilizar los fondos de la HSA en gastos médicos no calificados si es menor de 65 años.
- Usted no podrá hacer aportes a su cuenta bancaria HSA si tiene derecho a Medicare. Sin embargo, los fondos acumulados antes de tener derecho a Medicare se pueden utilizar para reembolsar sus gastos médicos calificados.
- No puede hacer aportes a su cuenta bancaria HSA si tiene cobertura en cualquier plan de beneficios médicos que no sea un plan médico calificado para HSA. Sin embargo, puede estar cubierto por una FSA para el Cuidado de la Salud de Propósito Limitado o en una FSA que se puede utilizar después de que se cumple su deducible en el plan PPO Smart Saver.

Por lo general, el monto máximo que un *Partner* tiene derecho a aportar a una HSA por año calendario se basa en una parte prorrateada de la cantidad de meses que un *Partner* es elegible para aportar a una HSA. Por ejemplo, un *Partner* podría aportar normalmente 4/12 del límite máximo anual en su primer año de inscripción al plan HSA, si se vincula primero al plan HSA el 1 de septiembre. Sin embargo, según la norma del aporte total, el *Partner* está autorizado a aportar el monto máximo anual, independientemente de la cantidad de meses que fue elegible para aportar a una HSA el primer año siempre y cuando continúe siendo elegible para aportar a una HSA hasta el 31 de diciembre del siguiente año (es decir, durante todo el año siguiente).

DIRECTRICES / EVIDENCIA DE COBERTURA

Los resúmenes de beneficios que aparecen en las páginas anteriores son solo resúmenes breves. No describen completamente la cobertura de beneficios de sus planes de salud y bienestar. Para obtener más información sobre la cobertura de los beneficios, consulte la Evidencia de Cobertura del Plan. La Evidencia de Cobertura o el Resumen de la Descripción del Plan es el documento vinculante entre el plan de salud elegido y el afiliado.

Un médico del plan de salud debe determinar que los servicios y los suministros son médicamente necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar la condición médica del afiliado. Estos servicios y suministros deben ser suministrados, recetados, autorizados o dirigidos por el médico de la red del plan de salud a menos que el afiliado se inscriba en el plan PPO en el que el afiliado puede utilizar un médico fuera de la red.

Para obtener más información sobre los procedimientos de adjudicación y revisión de reclamos y beneficios de cada plan, consulte la Evidencia de Cobertura del plan. Si hay alguna discrepancia entre los beneficios incluidos en este resumen y la Evidencia de Cobertura o el Resumen de la Descripción

MEDICARE PARTE D AVISO DE COBERTURA ACREDITABLE

AVISO IMPORTANTE DE BOOT BARN SOBRE SU COBERTURA DE MEDICAMENTOS CON RECETA MÉDICA Y MEDICARE

Sírvase leer este aviso cuidadosamente y conservarlo a la mano. Este Aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos con receta con Boot Barn y sobre sus opciones en virtud de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarle a decidir si desea inscribirse o no en un plan de medicamentos de Medicare. Si está considerando inscribirse, le recomendamos comparar su cobertura actual, incluso qué medicamentos tienen cobertura a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos con receta de Medicare en su localidad. Al final de este aviso se incluye información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones respecto a su cobertura de medicamentos con receta.

Existen dos aspectos importantes que usted debe conocer acerca de su cobertura y de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare:

1. En 2006, la cobertura de medicamentos recetados de Medicare se volvió disponible para todos los inscritos en Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan de medicamentos con receta de Medicare o se inscribe en un Plan Advantage de Medicare (como una HMO o PPO) que ofrezca cobertura de medicamentos con receta. Todos los planes de medicamentos de Medicare ofrecen al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Además, algunos planes pueden ofrecer más cobertura sujeta a primas mensuales más altas.
2. Boot Barn ha determinado que la cobertura de medicamentos con receta que le ofrece se espera que, en promedio, pague a todos los participantes del plan una cantidad equivalente a lo que paga la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare y por lo tanto se considerará como cobertura acreditable. Debido a que su cobertura existente es Cobertura acreditable, usted puede conservar esta cobertura y no pagar una prima más alta (penalización) si posteriormente decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

¿CUÁNDO PUEDE UNIRSE A UN PLAN DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE?

Usted se puede inscribir en un plan de medicamentos de Medicare al obtener la elegibilidad inicial para Medicare cada año entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Sin embargo, si pierde su cobertura acreditable actual de medicamentos con receta, mientras no sea por su culpa, también calificará para un Período de Inscripción Especial (SEP) de dos (2) meses para participar en el plan de medicamentos de Medicare.

¿QUÉ LE OCURRE A SU COBERTURA ACTUAL SI DECIDE INSCRIBIRSE EN UN PLAN DE MEDICAMENTOS DE MEDICARE?

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare mientras está inscrito en la cobertura de Boot Barn como empleado activo, tenga en cuenta que su cobertura de Boot Barn será el pagador primario de sus beneficios de medicamentos con receta y Medicare el pagador secundario. Como resultado, el valor de sus beneficios de medicamentos con receta de Medicare podría disminuir significativamente. Por lo general, Medicare será el pagador primario de sus beneficios de medicamentos con receta si usted participa en la cobertura de Boot Barn como ex empleado.

También puede optar por cancelar su cobertura de Boot Barn. Si decide participar en un plan de medicamentos de Medicare y cancela su cobertura de Boot Barn actual, tenga en cuenta que es posible que usted y sus dependientes no puedan recuperar esta cobertura.

¿CUÁNDO PAGARÁ USTED UNA PRIMA MÁS ALTA (PENALIZACIÓN) PARA INSCRIBIRSE EN UN PLAN DE MEDICAMENTOS DE MEDICARE?

También debe saber que si cancela o pierde su cobertura actual con Boot Barn y no se une al plan de medicamentos de Medicare durante los siguientes 63 días continuos después de que termine su cobertura actual, podría pagar una prima más alta (penalización) para unirse más tarde a un plan de medicamentos de Medicare.

Si usted pasa 63 días continuos o más sin cobertura acreditable de medicamentos con receta, su prima mensual puede aumentar un mínimo de 1% de la prima mensual básica de beneficiario de Medicare por cada mes que usted no haya tenido dicha cobertura. Por ejemplo, si usted pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima será consecuentemente al menos 19% mayor que la prima base que pagan los beneficiarios de Medicare. Quizá tenga que pagar esta prima más alta (penalización) siempre que usted tenga cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Además, quizá tenga que esperar hasta en octubre próximo para inscribirse.

SI DESEA MÁS INFORMACIÓN ACERCA DE ESTE AVISO O SOBRE SU COBERTURA ACTUAL DE MEDICAMENTOS CON RECETA...

Comuníquese con sus defensores de miembros al (855) 672-2692. NOTA: Usted recibirá este aviso cada año. Además, lo recibirá antes del próximo período en el que puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, y también si esta cobertura a través de Boot Barn cambia. Usted puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN ACERCA DE SUS OPCIONES EN VIRTUD DE LA COBERTURA DE MEDICAMENTOS CON RECETA DE MEDICARE...

El manual "Medicare & You" (Medicare y usted) contiene información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos con receta. Medicare le enviará por correo un ejemplar del manual todos los años. Además, los planes de medicamentos de Medicare quizá se comuniquen directamente con usted.

Si desea más información sobre la cobertura de medicamentos con receta de Medicare:

- Visite [medicare.gov](https://www.medicare.gov)
- Llame al Programa estatal de ayuda para seguros de salud (State Health Insurance Assistance Program), al número de teléfono que se indica en el interior de la contraportada de su manual "Medicare & You", para obtener ayuda personalizada
- Llame al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Si tiene ingresos y recursos limitados, hay disponible ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Si desea información sobre esta ayuda adicional, visite el Seguro Social en la Web en [socialsecurity.gov](https://www.socialsecurity.gov), o llámeles al **1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778)**.

RECUERDE: Conserve este aviso de Cobertura Acreditable. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, quizá se le solicite presentar una copia de este aviso en el momento de la inscripción para demostrar que usted ha mantenido o no su cobertura acreditable y, por lo tanto si deberá usted pagar o no una prima más alta (penalización).

Fecha: 1 Octubre 2026

Nombre de la entidad/remite: Boot Barn

Contacto--Cargo/Oficina: Jamey Booze, VP HR

Dirección: 17100 Laguna Canyon Rd. Irvine, CA 92618

Número de teléfono: **(949) 453-4498**

AVISO SOBRE INSCRIPCIÓN ESPECIAL HIPAA

Si declina la inscripción en Boot Barn la cobertura de salud de grupo para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a la existencia de otro seguro de salud o cobertura de plan de salud de grupo, podrán inscribirse usted y sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para la cobertura antedicha (o si el empleador deja de contribuir para dicha cobertura de usted o de sus dependientes). Sin embargo, es necesario solicitar inscripción en un plazo de 30 días después de que termine la otra cobertura de usted o de sus dependientes (o después de que el empleador cese sus contribuciones para dicha cobertura).

Además, si usted obtiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, podrán inscribirse usted y sus dependientes. Sin embargo, es necesario solicitar la inscripción en un plazo de 30 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Finalmente, usted y/o sus dependientes pueden tener derechos especiales de inscripción si se pierde la cobertura bajo Medicaid o de un programa de seguro de salud estatal ("CHIP"), o cuando usted y/o sus dependientes obtengan la elegibilidad para recibir asistencia para las primas estatales. Usted dispone de 60 días a partir de la ocurrencia de uno de estos eventos para notificar a la compañía e inscribirse en el plan.

NOTIFICACIÓN SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD HIPAA ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA, Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELA CUIDADOSAMENTE.

Boot Barn patrocina ciertos planes de salud de grupo (colectivamente, el "Plan" o "Nosotros") para proporcionar beneficios a nuestros empleados, sus dependientes y otros participantes. Proporcionamos esta cobertura mediante varias relaciones con terceros que establecen redes de proveedores, coordinan su atención y procesan las reclamaciones de reembolso por los servicios que usted recibe. Este Aviso de prácticas de privacidad (el "Aviso") describe las obligaciones legales de Boot Barn, el Plan y sus derechos legales con respecto a su información de salud protegida en poder del Plan bajo HIPAA. Entre otras cosas, este Aviso describe cómo su información de salud protegida puede ser utilizada o divulgada para realizar tratamientos, pagos, gestiones de cuidado de salud o para cualquier otro propósito que esté permitido o sea requerido por la ley.

Estamos obligados a proporcionarle este Aviso en cumplimiento con la ley HIPAA. La Regla de privacidad de HIPAA protege solamente cierta información médica designada como "información de salud protegida". Generalmente, la información de salud protegida es información de salud individualmente identificable, incluyendo información demográfica, recopilada de usted o creada o recibida por un proveedor de atención médica, un centro de información de atención médica, un plan de salud o de su empleador en nombre de un plan de salud de grupo, que se relaciona con:

1. su salud, condición física o mental pasada, presente o futura;
2. la prestación de atención médica para usted; o
3. el pago pasado, presente o futuro por la prestación de atención médica a usted.

NOTA: Si usted está cubierto por uno o más planes de salud de grupo totalmente asegurados que le ofrece Boot Barn, recibirá una notificación por separado con respecto a la disponibilidad de un aviso sobre las prácticas de privacidad aplicables a esa cobertura y cómo obtener una copia de la notificación directamente de la compañía de seguros.

INFORMACIÓN DE CONTACTOS

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso o sobre nuestras prácticas de privacidad, por favor comuníquese con el Oficial de Privacidad de HIPAA de Boot Barn:

Boot Barn, Inc.

A la atención de: Jamey Booze Benefits Team

17100 Laguna Canyon Rd. Irvine, CA 92618

(949) 453-4498

jbooze@bootbarn.com

Fecha de vigencia: Este aviso y sus revisiones entrará en vigor a partir del 1 Octubre 2026 .

NUESTRAS RESPONSABILIDADES

La ley estipula que debemos:

- mantener la privacidad de su información médica protegida;
- proporcionarle ciertos derechos con respecto a su información médica protegida;
- proporcionarle una copia de esta Notificación de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud protegida; y
- cumplir las cláusulas del Aviso que esté actualmente en vigencia.

Nos reservamos el derecho de modificar los términos de este Aviso y de establecer nuevas provisiones con respecto a su información de salud protegida que mantenemos, según lo permita o requiera la ley. Si realizamos cualquier cambio material a este Aviso, le proporcionaremos una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad revisado. También puede obtener una copia de la última versión revisada del Aviso a través del contacto con nuestro Oficial de Privacidad en la información de contactos proporcionada anteriormente o en nuestra Intranet. Con excepción de lo dispuesto en este Aviso, no podemos divulgar su información de salud protegida sin su autorización previa.

CÓMO PODEMOS USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Según la ley, en ciertas circunstancias podemos usar o revelar sin su permiso su información de salud protegida. Las siguientes categorías describen las diferentes maneras en que podemos usar y divulgar su información de salud protegida. Para cada categoría de usos o divulgaciones explicaremos lo que queremos decir y presentaremos algunos ejemplos. No se enumerarán todos los usos o divulgaciones de una categoría. Sin embargo, todas las formas en que se nos permite usar y divulgar información de salud protegida se incluirán en una de las categorías.

Para el tratamiento: Podemos usar o revelar su información médica protegida para facilitar el tratamiento o servicios médicos por parte de los proveedores. Podemos divulgar su información médica a proveedores, incluso médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina u otro personal del hospital que esté involucrado en el cuidado de su salud. Por ejemplo, podríamos divulgar información sobre sus recetas anteriores a un farmacéutico para determinar si una receta pendiente es inapropiada o peligrosa para que usted la use.

Para el pago: Podemos usar o divulgar su información de salud protegida para determinar su elegibilidad para los beneficios del Plan, para facilitar el pago del tratamiento y los servicios que usted recibe de los proveedores de atención médica, para determinar la responsabilidad de los beneficios bajo el Plan o para coordinar la cobertura del Plan. Por ejemplo, podemos informar a su proveedor de atención médica sobre su historial médico para determinar si un tratamiento en particular es experimental, de investigación o médicamente necesario, o para determinar si el Plan cubrirá el tratamiento. También podemos compartir su información de salud protegida con un proveedor de servicios de revisión de utilización o de precertificación. De igual manera, podemos compartir su información de salud protegida con otra entidad a fin de ayudar con la adjudicación o subrogación de reclamaciones de salud o con otro plan de salud para coordinar el pago de los beneficios.

Para gestiones de cuidados de salud: Podemos usar y divulgar su información de salud protegida para otras gestiones del Plan. Estos usos y divulgaciones son necesarios para el funcionamiento del Plan. Por ejemplo, podemos utilizar información médica en relación con la realización de actividades de evaluación y mejora de la calidad; suscripción de aseguramiento, clasificación de primas y otras actividades relacionadas con la cobertura del Plan; presentación de reclamaciones para la cobertura de limitación de pérdidas (o exceso de pérdidas); realización u organización de revisiones médicas, servicios legales, servicios de auditoría y programas de detección de fraudes y abusos; planificación y desarrollo empresarial, como la gestión de costos; y gestión empresarial y actividades administrativas generales del Plan. El Plan tiene prohibido usar o divulgar información de salud protegida que sea información genética sobre un individuo con fines de suscripción de aseguramiento.

A asociados empresariales: Podemos suscribir contratos con personas o entidades conocidos como asociados empresariales para realizar diversas funciones en nombre del Plan o para proporcionar ciertos tipos de servicios. Con el fin de realizar estas funciones o de proporcionar estos servicios, los asociados empresariales recibirán, crearán, mantendrán, utilizarán y/o divulgarán su información de salud protegida, pero solo después de que acuerden por escrito con nosotros implementar las medidas de seguridad apropiadas con respecto a su información de salud protegida. Por ejemplo, podemos divulgar su información de salud protegida a un asociado empresarial para administrar reclamaciones o para proporcionar servicios de apoyo, tales como la gestión de la utilización, gestión de beneficios de farmacia o subrogación, pero solo después de que el asociado empresarial suscriba un Acuerdo de asociado empresarial con nosotros.

Según lo estipule la ley: Divulgaremos su información de salud protegida cuando así lo exija la ley federal, estatal o local. Por ejemplo, podemos divulgar su información de salud protegida cuando así lo exijan las leyes de seguridad nacional o las leyes de divulgación de salud pública.

Para prevenir una amenaza grave a la salud o a la seguridad: Podemos usar y divulgar su información de salud protegida cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad, o a la salud y seguridad del público o de otra persona. Sin embargo, cualquier divulgación, solo se haría a alguien capaz de ayudar a prevenir la amenaza. Por ejemplo, podemos revelar su información de salud protegida en un procedimiento relacionado con la autorización de licencia de un médico.

A los patrocinadores del Plan: Para el propósito de administrar el Plan, podemos divulgar a información sobre la salud protegida a ciertos empleados del Empleador. Sin embargo, estos empleados únicamente utilizarán o divulgarán dicha información según sea necesario para realizar funciones administrativas para el Plan o de otra manera que lo requiera la ley HIPAA, a menos que usted haya autorizado divulgaciones adicionales. Su información de salud protegida no se puede utilizar para fines de empleo si no se cuenta con su autorización específica.

SITUACIONES ESPECIALES

Además de las situaciones antedichas, las siguientes categorías describen las diferentes maneras en que podemos usar y divulgar su información de salud protegida. Para cada categoría de usos o divulgaciones explicaremos lo que queremos decir y presentaremos algunos ejemplos. No se enumerarán todos los usos o divulgaciones de una categoría. Sin embargo, todas las formas en que se nos permite usar y divulgar información de salud protegida se incluirán en una de las categorías.

Donación de órganos y tejidos: Si usted es un donante de órganos, podemos divulgar su información de salud protegida a organizaciones que manejan la obtención y trasplante de órganos, ojos o tejidos o a un banco de donación de órganos, según sea necesario, para realizar la donación y trasplante del órgano o tejido.

Militares y veteranos: Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar su información de salud protegida según lo requieran las autoridades del comando militar. Además, podemos divulgar información de salud protegida acerca de personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera correspondiente.

Seguro de compensación a los trabajadores: Podemos divulgar su información de salud protegida para los fines del seguro de compensación a los trabajadores o programas similares. Estos programas proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Riesgos de salud pública: Podemos divulgar su información de salud protegida para acciones de salud pública. Estas acciones por lo general incluyen lo siguiente:

- prevenir o controlar enfermedades, lesiones o incapacidades;
- reportar nacimientos o fallecimientos;
- reportar abuso o abandono infantil;
- reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos;
- notificar a personas sobre la retirada del mercado de productos que puedan estar consumiendo;
- para notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o que pueda estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección;
- notificar a la autoridad gubernamental pertinente si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solo haremos esta divulgación si usted está de acuerdo, o cuando así lo requiera o lo autorice la ley.

Actividades de supervisión de la salud: Podemos divulgar su información de salud protegida a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley. Por ejemplo, estas actividades de supervisión pueden incluir auditorías, investigaciones, inspecciones y otorgamientos de licencias. El gobierno necesita estas actividades para supervisar el sistema de atención de salud y los programas gubernamentales, y para velar por el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

Demandas judiciales y disputas: Si usted está involucrado en una demanda judicial o en una disputa, podemos divulgar su información de salud protegida en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar su información de salud protegida en respuesta a una citatorio, solicitud de descubrimiento u otro proceso judicial por parte de otra persona involucrada en la disputa, pero solo si se han hecho esfuerzos para informarle sobre la solicitud o para obtener una orden que proteja la información solicitada.

Cumplimiento de la ley: Podemos divulgar su información de salud protegida si así lo solicita un funcionario del orden público,

- en respuesta a una orden judicial, citatorio, requerimiento judicial, emplazamientos o procesos legales similares;
- para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida;
- sobre la víctima de un delito si, en ciertas circunstancias limitadas, no podemos obtener el acuerdo de la víctima;
- acerca de una muerte que consideramos que puede ser el resultado de una conducta delictiva;
- acerca de una conducta delictiva; y
- en circunstancias de emergencia para reportar un delito; la ubicación del delito o de las víctimas; o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el delito.

Jueces de instrucción, médicos forenses y directores funerarios: Podemos divulgar información de salud protegida a un juez de instrucción o a un médico forense. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o para determinar la causa de la muerte. Además, podemos divulgar la información de salud de pacientes para ayudar a un director funerario según sea necesario para llevar a cabo sus obligaciones.

Actividades de seguridad nacional y servicios de inteligencia: Podemos divulgar su información de salud protegida a funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

Internos o reclusos: Si usted es un recluso de una institución correccional o está bajo la custodia de un oficial de cumplimiento de la ley, podemos divulgar su información de salud protegida a la institución correccional o al oficial de cumplimiento de la ley si es necesario (1) para que la institución le brinde atención médica; (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros; o (3) para la seguridad y protección de la institución correccional.

Investigación: Podemos divulgar su información de salud protegida a investigadores cuando:

1. se haya eliminado los identificadores individuales; o
2. cuando una junta de revisión institucional o junta de privacidad haya (a) revisado la propuesta de investigación; y (b) establecido protocolos para asegurar la privacidad de la información solicitada, y aprueba la investigación.

DIVULGACIONES NECESARIAS

La siguiente es una descripción de las divulgaciones de su información de salud protegida que estamos obligados a realizar.

Auditorías gubernamentales: Estamos obligados a divulgar su información de salud protegida al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos cuando el Secretario está investigando o determinando nuestro cumplimiento de la regla de privacidad de la HIPAA.

Divulgaciones a usted: Cuando usted lo solicite, estamos obligados a divulgarle la parte de su información de salud protegida que contiene registros médicos, registros de facturación y cualquier otro registro utilizado para tomar decisiones con respecto a sus beneficios de atención médica. También estamos obligados, cuando se nos solicite, a proporcionarle un informe de la mayoría de las divulgaciones de su información médica protegida si la divulgación se hizo por razones que no fueran de pago, tratamiento u gestiones de atención médica, y si la información de salud protegida no fue divulgada de conformidad con su autorización individual.

Notificación de una infracción: Estamos obligados a notificarle en caso de que nosotros (o uno de nuestros asociados empresariales) descubra una infracción a su información de salud protegida no segura, según lo define la HIPAA.

OTRAS DIVULGACIONES

Representantes personales: Divulgaremos su información de salud protegida a las personas que usted autorice, o a una persona designada como su representante personal, apoderado, etc., siempre y cuando usted nos proporcione un aviso/autorización por escrito y cualquier documento de apoyo (por ejemplo, un poder notarial). Nota: En virtud de la regla de privacidad de HIPAA, no estamos obligados a divulgar información a un representante personal si tenemos una sospecha razonable de que:

- usted ha sido, o puede ser, víctima de violencia doméstica, abuso o negligencia por parte de dicha persona;
- tratar a dicha persona como su representante personal podría ponerlo en peligro a usted; o
- en el ejercicio o juicio profesional, no resulta en su mejor interés tratar a la persona como su representante personal.

Cónyuges y otros familiares: Salvo excepciones limitadas, enviaremos todo correo al empleado. Esto incluye el correo relacionado con el cónyuge del empleado y otros miembros de la familia que están cubiertos por el Plan, e incluye el correo con información sobre el uso de los beneficios del Plan por el cónyuge del empleado y otros miembros de la familia e información sobre la denegación de cualquier beneficio del Plan al cónyuge del empleado y otros miembros de la familia. Si una persona cubierta por el Plan ha solicitado Restricciones o Comunicaciones Confidenciales (ver más adelante bajo “Sus derechos”), y si hemos aceptado la solicitud, le enviaremos un correo electrónico según lo estipulado en la solicitud de Restricciones o Comunicaciones Confidenciales.

Autorizaciones: No se harán sin su autorización por escrito otros usos ni divulgaciones de su información de salud protegida no descritos anteriormente, incluyendo el uso y divulgación de notas de psicoterapia y el uso o divulgación de información de salud protegida para propósitos de recaudación de fondos o comercialización. Usted puede revocar su autorización escrita en cualquier momento, siempre que dicha revocatoria se haga por escrito. Una vez que el Plan reciba su revocatoria de autorización por escrito, esta causará efecto únicamente en las divulgaciones y usos futuros. No será aplicable a ninguna otra información que haya sido utilizada o divulgada en función de la autorización escrita y antes de recibir su revocatoria por escrito. Usted puede optar por no recibir comunicaciones de recaudación de fondos de nuestra parte en cualquier momento.

SUS DERECHOS

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información de salud protegida:

Derecho de inspeccionar y copiar: Usted tiene derecho de inspeccionar y copiar cierta información de salud que se pueda utilizar para tomar decisiones acerca de sus beneficios de atención médica. Para inspeccionar y copiar su información de salud protegida, envíe su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad a la dirección proporcionada anteriormente bajo el título Información de contactos. Si usted solicita una copia de la información, podemos cobrarle una tarifa razonable por los costos de copiado, envío por correo u otros materiales relacionados con su solicitud. Podemos denegar su solicitud de inspeccionar y copiar su información de salud protegida en muy limitadas circunstancias. Si se le niega el acceso a su información de salud, puede tener derecho a solicitar que se revise la denegación y se le proporcionarán detalles sobre cómo hacerlo.

Derecho de enmienda: Si usted considera que la información de salud protegida que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede solicitarnos que enmendemos la información. Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda siempre que la información sea mantenida por o para el Plan. Para solicitar una enmienda, debe presentar su solicitud por escrito y enviarla al Oficial de Privacidad a la dirección proporcionada anteriormente bajo el título Información de contactos. Además, usted deberá proporcionar al menos un motivo que respalde su solicitud. Podemos rechazar su solicitud de enmienda si no se efectúa por escrito o si no incluye un motivo para respaldar la solicitud. Además, podemos rechazar su solicitud si usted nos solicita enmendar información que:

- No es parte de la información de salud conservada por, o para el plan;
- No fue creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para efectuar la enmienda;
- No es parte de la información a la que usted se le permitiría inspeccionar y copiar; o
- ya es exacta y completa.

Si denegamos su solicitud, usted tiene el derecho de presentar una declaración de desacuerdo con nosotros y cualquier divulgación futura de la información en disputa incluirá su declaración.

Derecho de ver el registro de las divulgaciones: Usted tiene el derecho de solicitar un “listado” o reporte de ciertas divulgaciones de su información personal de salud protegida. El listado no incluirá (1) divulgaciones para fines de tratamiento, pago o gestiones de atención médica; (2) divulgaciones hechas a usted; (3) divulgaciones hechas de conformidad con su autorización; (4) divulgaciones hechas a amigos o familiares en su presencia o debido a una emergencia; (5) divulgaciones para fines de seguridad nacional; y (6) divulgaciones incidentales a divulgaciones que de otra manera serían permisibles.

Para solicitar este listado o informe de divulgaciones, usted debe presentar su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad en la dirección proporcionada anteriormente bajo el título Información de contactos. Su solicitud debe indicar un periodo de tiempo no mayor de seis años (tres años para expedientes médicos electrónicos) o el periodo que Boot Barn haya estado sujeta a las reglas de privacidad HIPAA, si es menor.

Su solicitud debe indicar en qué forma desea el listado (por ejemplo: impreso o en formato electrónico). Intentaremos proporcionar el listado en el formato que usted lo solicitó o en otro formato acordado mutuamente si el formato solicitado no es razonablemente factible. El primer listado que solicite dentro de un período de 12 meses se le proporcionará sin costo alguno. Para listados adicionales, podemos cobrarle los costos para suministrar cada listado. Le informaremos sobre el costo involucrado y usted podrá retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de incurrir en algún costo.

Derecho a solicitar restricciones: Usted tiene derecho a solicitar una restricción o limitación sobre cuánta de su información de salud protegida podemos usar o divulgar para gestiones de tratamiento, pago o atención de salud. Además, tiene el derecho de solicitar un límite sobre su información de salud protegida que divulguemos a alguien que esté involucrado en su atención de salud o en el pago de esta, tal como un familiar o un amigo. Por ejemplo, usted podría solicitarnos que no usemos ni divulguemos información acerca de una cirugía que usted tuvo.

No estamos obligados a aceptar su solicitud. Sin embargo, si estamos de acuerdo con la solicitud, respetaremos la restricción hasta que usted la revoque o se lo notifiquemos de manera diferente. Para solicitar restricciones, usted debe hacer su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad en la dirección proporcionada anteriormente bajo el título Información de contactos. En su solicitud, debe decirnos (1) qué información desea limitar; (2) si desea limitar nuestro uso, divulgación o ambos; y (3) a quién desea que se apliquen los límites, por ejemplo, divulgaciones a su cónyuge.

Derecho de solicitar comunicaciones confidenciales: Usted tiene el derecho de solicitar que, para asuntos médicos, nos comuniquemos con usted de cierta manera o en cierta localidad. Por ejemplo, usted puede solicitar que solo nos comuniquemos con usted en el trabajo o por correo. Para solicitar comunicaciones confidenciales, usted debe hacer su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad en la dirección proporcionada anteriormente bajo el título Información de contactos. No le preguntaremos el motivo de su solicitud. Su solicitud deberá especificar cómo o dónde desea que se le contacte. Nos acomodaremos a todas las solicitudes razonables si usted proporciona claramente información de que la divulgación parcial o total de su información protegida podría ponerlo en peligro a usted.

Derecho a recibir copia impresa de este aviso: Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso. En cualquier momento, puede solicitarnos que le entreguemos una copia de este aviso. Incluso si usted ha aceptado recibir este aviso electrónicamente, tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso. Para obtener una copia impresa de este aviso, llame por teléfono o escriba al Oficial de Privacidad según se indica en la sección Información de contactos.

Si desea obtener más información, consulte [Sus derechos en virtud de HIPAA](#).

QUEJAS

Si usted considera que sus derechos de privacidad han sido infringidos, puede presentar una queja ante el Plan o ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Puede presentar una reclamación ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. por medio de una carta dirigida a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, puede llamar al **1-877-696-6775**, o visitar hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints.

Para presentar una queja ante el Plan, llame por teléfono y escriba al Oficial de Privacidad según se indica más arriba en Información de contactos. Usted no recibirá penalización alguna, ni represalias de ningún tipo, por presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles o ante el Plan. Le sugerimos conservar para sus registros una copia de cualquier notificación que envíe al Administrador del Plan o al Oficial de Privacidad.

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

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para cobertura de salud a través de su empleador, el estado donde usted reside puede tener un programa de asistencia de primas para ayudarlo a pagar la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no podrán ser elegibles para estos programas de ayuda para el pago de primas, pero quizá pueda adquirir cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros de Salud. Si desea obtener más información, visite healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y residen en uno de los estados que se indican más adelante, comuníquese con la oficina estatal de Medicaid o CHIP para determinar si está disponible la ayuda de primas. Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y usted cree que usted o cualquiera de sus dependientes podría ser elegible para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina estatal de Medicaid o de CHIP, o bien, marque el **1-877-KIDS NOW** o visite insurekidsnow.gov para enterarse de cómo solicitar su inscripción. Si usted califica, pregunte si el estado tiene un programa que pudiese ayudarlo a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir ayuda para el pago de primas en virtud de Medicaid o CHIP, así como también son elegibles en virtud del plan de su empleador, su empleador deberá permitirle inscribirse en su plan de empleador si aún no estuviese inscrito. Esto se llama una oportunidad de “inscripción especial”, y usted debe solicitar la cobertura en un plazo no mayor de 60 días después de determinarse su elegibilidad para la ayuda de primas. Si tiene preguntas acerca de cómo inscribirse en su plan del empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo en askebsa.dol.gov o llame al **1-866-444-EBSA (3272)**.

Si usted vive en uno de los siguientes estados, tal vez sea elegible para asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de enero de 2026. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad -

ESTADO	SERVICIO	SITIO WEB	TELÉFONO
ALABAMA	Medicaid	http://www.myalhipp.com	1-855-692-5447
ALASKA	Medicaid	The AK Health Insurance Premium Payment Program: http://myakhipp.com Medicaid Eligibility: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx	1-866-251-4861 CustomerService@MyAKHIPP.com
ARKANSAS	Medicaid	http://myarhipp.com	1-855-MyARHIPP (855-692-7447)
CALIFORNIA	Medicaid	https://www.dhcs.ca.gov/hipp	916-445-8322 Fax: 916-440-5676 hipp@dhcs.ca.gov
COLORADO	Medicaid / CHIP+	Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com CHIP+: https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus Health Insurance Buy-In Program (HIBI): https://www.mycohibi.com	Health First Colorado: 1-800-221-3943 / State Relay 711 CHIP+ Customer Service: 1-800-359-1991 / State Relay 711 HIBI Customer Service: 1-855-692-6442
FLORIDA	Medicaid	https://www.flmedicaidtprecovery.com/flmedicaidtprecovery.com/hipp/index.html	1-877-357-3268
GEORGIA	Medicaid	HIPP: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp CHIPRA: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra	HIPP: 678-564-1162, Press 1 CHIPRA: 678-564-1162, Press 2
INDIANA	Medicaid	Health Insurance Premium Payment Program: http://www.in.gov/fssa/hip All other Medicaid: https://www.in.gov/medicaid/	1-800-403-0864 1-800-457-4584
IOWA	Medicaid / CHIP	Medicaid: https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid Hawki: https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/iowa-health-link/hawki HIPP: https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/fee-service/hipp	Medicaid: 1-800-338-8366 Hawki: 1-800-257-8563 HIPP: 1-888-346-9562
KANSAS	Medicaid	https://www.kancare.ks.gov/	1-800-792-4884 HIPP: 1-800-967-4660
KENTUCKY	Medicaid	KI-HIPP: https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx KCHIP Website: https://kynect.ky.gov Medicaid Website: https://chfs.ky.gov/agencies/dms	KI-HIPP: 1-855-459-6328 Email: kihipp.program@ky.gov KCHIP: 1-877-524-4718
LOUISIANA	Medicaid	Medicaid Website: https://www.ldh.la.gov/healthy-louisiana Louisiana Health Insurance Premium Program (LaHIPP) Website: https://www.ldh.la.gov/lahipp	Medicaid: 1-888-342-6207 Medicaid email: healthy@la.gov LaHIPP: 1-877-697-6703 LaHIPP email: La.HIPP@la.gov
MAINE	Medicaid	Enrollment Website: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US Private Health Insurance Premium Website: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms	1-800-442-6003 TTY: Maine relay 711 1-800-977-6740 TTY: Maine relay 711
MASSACHUSETTS	Medicaid / CHIP	https://www.mass.gov/masshealth/pa	1-800-862-4840 TTY: 711 Email: masspremassistance@accenture.com
MINNESOTA	Medicaid	https://mn.gov/dhs/health-care-coverage	1-800-657-36729
MISSOURI	Medicaid	http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm	573-751-2005
MONTANA	Medicaid	http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP	1-800-694-3084 HSHIPPProgram@mt.gov
NEBRASKA	Medicaid	https://dhhs.ne.gov/pages/accessnebraska.aspx	1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178
NEVADA	Medicaid	http://dhcnp.nv.gov	1-800-992-0900
NEW HAMPSHIRE	Medicaid	https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program	603-271-5218 HIPP Program: 1-800-852-3345, ext 15218 Email: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov

Continuado

ESTADO	SERVICIO	SITIO WEB	TELÉFONO
NEW JERSEY	Medicaid / CHIP	Medicaid: https://www.nj.gov/humanservices/dmahs/index.shtml CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html	1-800-356-1561 CHIP Premium Assistance: 609-631-2392 CHIP: 1-800-701-0710 (TTY: 711)
NEW YORK	Medicaid	https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid	1-800-541-2831
NORTH CAROLINA	Medicaid	https://medicaid.ncdhhs.gov	919-855-4100
NORTH DAKOTA	Medicaid	https://www.hhs.nd.gov/healthcare	1-844-854-4825
OKLAHOMA	Medicaid / CHIP	http://www.insureoklahoma.org	1-888-365-3742
OREGON	Medicaid / CHIP	http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx	1-800-699-9075
PENNSYLVANIA	Medicaid / CHIP	Medicaid: https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html CHIP: https://www.dhs.pa.gov/CHIP/Pages/CHIP.aspx	Medicaid: 1-800-692-7462 CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)
RHODE ISLAND	Medicaid / CHIP	http://www.eohhs.ri.gov	1-855-697-4347 or 401-462-0311
SOUTH CAROLINA	Medicaid	https://www.scdhhs.gov	1-888-549-0820
SOUTH DAKOTA	Medicaid	http://dss.sd.gov	1-888-828-0059
TEXAS	Medicaid	https://www.hhs.texas.gov/services/financial/health-insurance-premium-payment-hipp-program	1-800-440-0493
UTAH	Medicaid / CHIP	Medicaid: https://medicaid.utah.gov Adult Expansion Website: https://medicaid.utah.gov/expansion Utah Medicaid Buyout Program Website: https://medicaid.utah.gov/buyout-program CHIP Website: https://chip.utah.gov	1-888-222-2542 Email: upp@utah.gov
VERMONT	Medicaid	https://dvha.vermont.gov/members/medicaid/hipp-program	1-800-250-8427
VIRGINIA	Medicaid / CHIP	https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs	Medicaid: 1-800-432-5924
WASHINGTON	Medicaid	https://www.hca.wa.gov	1-800-562-3022
WEST VIRGINIA	Medicaid / CHIP	https://dhhr.wv.gov/bms http://mywvhipp.com	Medicaid: 304-558-1700 CHIP: 1-855-699-8447
WISCONSIN	Medicaid / CHIP	https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm	1-800-362-3002
WYOMING	Medicaid	https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility	1-800-251-1269

Para saber si otros estados han agregado el programa de asistencia con primas desde al 31 de enero de 2026, o para obtener más información sobre derechos de inscripción especial, comuníquese con alguno de los siguientes:

U.S. Department of Labor
Employee Benefits Security Administration
dol.gov/ebsa
1-866-444-EBSA (3272)

U.S. Department of Health and Human Services
Centers for Medicare & Medicaid Services
cms.hhs.gov
1-877-267-2323, Menu Option 4, Ext. 61565

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

¿Sabe usted que su Plan, según lo estipula la Ley de Derechos Sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998 (WHCRA), proporciona beneficios para los servicios relacionados con la mastectomía, que incluyen todas las etapas de reconstrucción y cirugía para lograr la simetría entre los senos, prótesis y las complicaciones resultantes de una mastectomía, incluyendo el linfedema? Llame al administrador del Plan: al [inserte número de teléfono] para obtener más información.

Estos beneficios se suministrarán sujetos a los mismos deducibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos suministrados en virtud de este plan. Si desea más información sobre los beneficios de la WHCRA, comuníquese con su administrador del plan.

AVISO SOBRE LA LEY PARA LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LAS MADRES Y LOS RECIÉN NACIDOS (NMHPA)

En virtud de las leyes federales, los emisores de planes de salud de grupo y de seguros de salud generalmente no pueden restringir beneficios pertinentes al tiempo de hospitalización en relación con un parto, para la madre o para el recién nacido, a menos de 48 horas después de un parto vaginal ni a menos de 96 horas después de un parto por cesárea. Sin embargo, la ley Federal generalmente no prohíbe que el proveedor de atención médica que atiende a la madre o al recién nacido, después de consultarlo con la madre, pueda dar el alta hospitalaria a la madre o a su recién nacido antes de transcurridas 48 horas (o 96 horas según corresponda). En cualquier caso, los planes de salud y los emisores no pueden, en virtud de la ley federal, requerir que un proveedor obtenga autorización del plan o del emisor del seguro para recomendar un tiempo de hospitalización que no exceda 48 horas (o 96 horas).

MODELO DE AVISO GENERAL DE DERECHOS DE CONTINUACIÓN DE COBERTURA COBRA DERECHOS DE CONTINUACIÓN DE COBERTURA EN VIRTUD DE COBRA

Usted está recibiendo esta notificación porque ha obtenido recientemente la cobertura en virtud de un plan de salud de grupo (el Plan). Este aviso contiene información importante acerca de su derecho a la continuación de cobertura COBRA, la cual es una extensión temporal de la cobertura en virtud del Plan. Este aviso explica la continuación de cobertura COBRA, cuando puede estar disponible para usted y su familia, y qué necesita usted para proteger su derecho de obtenerla. Cuando usted es elegible para COBRA, también puede ser elegible para otras opciones de cobertura que pueden costar menos que la continuación de cobertura COBRA.

El derecho a la continuación de cobertura COBRA fue creado por una ley federal: la Ley Omnibus de Reconciliación Presupuestaria Consolidada de 1985 (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act of 1985, COBRA). La continuación de cobertura COBRA puede estar disponible para usted y otros miembros de su familia cuando la cobertura de salud de grupo de otra manera hubiese terminado. Para obtener más información acerca de sus derechos y obligaciones en virtud del Plan y en virtud de la ley federal le recomendamos consultar la descripción resumida de su Plan o comunicarse con el Administrador del Plan.

Puede haber otras opciones disponibles para usted cuando pierde la cobertura de salud de grupo. Por ejemplo, puede ser elegible para comprar un plan individual a través del mercado de seguros de salud. Al inscribirse en la cobertura a través del mercado de seguros de salud, puede calificar para menores costos en sus primas mensuales y menores gastos de su propio bolsillo. Además, puede calificar para un período de inscripción especial de 30 días para otro plan de salud de grupo para el cual usted sea elegible (tal como un plan de su cónyuge), incluso si dicho plan por lo general no acepta inscripciones tardías.

¿QUÉ ES LA CONTINUACIÓN DE COBERTURA COBRA?

La continuación de cobertura COBRA es una continuación de cobertura del plan, que de otra manera terminaría, en virtud de un evento de vida. Esto se conoce como un “evento calificado”. Los eventos calificados específicos se enumeran más adelante en este aviso. Después de un evento calificado, la continuación de cobertura COBRA deberá ofrecerse a cada persona que sea un “beneficiario calificado”. Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrán ser beneficiarios calificados si se pierde la

cobertura en virtud del Plan debido al evento calificado. En virtud del Plan, los beneficiarios calificados que eligen la continuación de cobertura de COBRA debe pagar la continuación de cobertura de COBRA.

Si usted es empleado, será beneficiario calificado si pierde su cobertura en virtud del Plan debido a los siguientes eventos calificados:

- Se reducen sus horas de empleo, o
- Termina su empleo por alguna razón que no sea por faltas graves.

Si usted es el cónyuge de un empleado, usted será beneficiario calificado si pierde su cobertura en virtud del Plan debido a los siguientes eventos calificados:

- Fallece su cónyuge;
- Se reducen las horas de empleo de su cónyuge;
- Termina el empleo del cónyuge por alguna razón que no sea por faltas graves;
- Su cónyuge se vuelve elegible para recibir beneficios de Medicare (en virtud de la Parte A, Parte B, o ambas); o
- Usted se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge.

Sus hijos dependientes serán beneficiarios calificados si pierden la cobertura en virtud del Plan debido a los siguientes eventos calificados:

- Fallece el padre/empleado;
- Se reducen las horas de empleo del padre-empleado;
- Termina el empleo del padre-empleado por cualquier razón que no sea por faltas graves;
- El padre-empleado obtiene elegibilidad para los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas);
- Los padres se divorcian o se separan legalmente; o
- El menor deja de ser elegible para cobertura en virtud del Plan como “hijo dependiente”.

¿CUÁNDO ESTÁ DISPONIBLE LA CONTINUACIÓN DE COBERTURA COBRA?

El Plan ofrecerá la continuación de cobertura COBRA a los beneficiarios calificados únicamente después de que el Administrador del Plan haya sido notificado de que se ha producido un evento calificado. El empleador debe notificar al Administrador del Plan los siguientes eventos calificados:

- El cese de empleo o la reducción de horas de empleo;
- Fallecimiento del empleado; o
- El empleado es ahora elegible para recibir beneficios de Medicare (en virtud de la Parte A, Parte B, o ambas).

Para todos los otros eventos calificados (divorcio o separación legal del empleado y del cónyuge o si un hijo pierde la elegibilidad de cobertura como hijo dependiente), usted debe notificarlo al Administrador del Plan dentro de los 60 días después de ocurrido el evento calificado. Usted debe proporcionar esta notificación a recursos humanos. Debe proporcionar este aviso a cualquier persona cubierta por el plan que sea cónyuge, hijo dependiente o cualquier otra persona elegible para la continuación de la cobertura de COBRA bajo el plan.

¿CÓMO SE PROPORCIONA LA CONTINUACIÓN DE COBERTURA COBRA?

Una vez que el Administrador del Plan reciba la notificación que ha ocurrido un evento calificado, se ofrecerá la continuación de cobertura COBRA a cada uno de los beneficiarios calificados. Cada beneficiario calificado tendrá un derecho independiente para elegir la continuación de cobertura COBRA. Los empleados cubiertos pueden elegir la continuación de cobertura COBRA en nombre de sus cónyuges, y los padres pueden elegir la continuación de cobertura COBRA en nombre de sus hijos.

La continuación de cobertura COBRA es una continuación de cobertura temporal que dura por lo general 18 meses debido al cese de empleo o a la reducción de horas de trabajo. Algunos eventos calificados, o un segundo evento calificado durante el período inicial de cobertura, pueden permitir a un beneficiario recibir un máximo de 36 meses de cobertura.

También hay formas en las que este período de 18 meses de continuación de cobertura COBRA pueda ser prorrogado:

Prórroga por incapacidad del período de 18 meses de la continuación de cobertura COBRA

Si usted o alguien en su familia, cubiertos en virtud del Plan, recibe una determinación de incapacidad por parte del Seguro Social y usted lo notifica al Administrador del Plan en forma oportuna, usted y toda su familia pueden tener derecho a obtener hasta 11 meses adicionales de continuación de cobertura COBRA, hasta por un máximo de 29 meses. La incapacidad debe haber comenzado en algún momento antes del día 60 de la continuación de cobertura Cobra y debe durar al menos hasta el final del período de 18 meses de continuación de cobertura COBRA.

Segundo evento calificado para la prórroga del período de 18 meses de continuación de cobertura

Si su familia tiene otro evento calificado durante los 18 meses de la continuación de cobertura COBRA, el cónyuge y los hijos dependientes en su familia pueden obtener hasta 18 meses adicionales de continuación de cobertura COBRA, hasta un máximo de 36 meses, si el Plan recibe la notificación correspondiente del segundo evento calificado. Esta prórroga puede estar disponible para el cónyuge y para cualesquier hijos dependientes que estén recibiendo la continuación de cobertura COBRA si el empleado o ex empleado fallece, adquiere el derecho a recibir beneficios de Medicare (en virtud de la Parte A, Parte B, o ambas) se divorcia o se separa legalmente; o si el hijo dependiente deja de ser elegible en virtud del Plan como hijo dependiente. Esta prórroga está disponible únicamente si el segundo evento calificado habría provocado que el cónyuge o el hijo dependiente perdiesen la cobertura en virtud del Plan si el primer evento calificado no hubiese ocurrido.

¿EXISTEN OTRAS OPCIONES A PARTE DE LA CONTINUACIÓN DE COBERTURA COBRA?

Sí. En vez de inscribirse en la continuación de COBRA, puede haber otras opciones de cobertura para usted y su familia a través del Mercado de Seguros de Salud, Medicare, Medicaid, [el Programa de Seguro de Salud Infantil \(CHIP\)](#), u otras opciones de cobertura de un plan de salud de grupo (como el plan de un cónyuge) a través de lo que se denomina “período de inscripción especial”. Algunas de estas opciones pueden costar menos que la continuación de cobertura COBRA. Puede conocer más sobre muchas de esas opciones en [healthcare.gov](#).

¿PUEDO INSCRIBIRME EN MEDICARE EN LUGAR DE CONTINUAR LA COBERTURA DE COBRA DESPUÉS DE QUE TERMINE LA COBERTURA DE MI PLAN DE SALUD DE GRUPO?

En general, si no se inscribe en la Parte A o B de Medicare cuando es elegible por primera vez porque todavía está empleado, después del período de inscripción inicial de Medicare, dispone de un período de inscripción especial de 8 meses¹ para inscribirse en la Parte A o B de Medicare, que comienza en la más temprana de las fechas siguientes:

- El mes siguiente a la terminación de su empleo; o
- El mes siguiente a la terminación de la cobertura del plan de salud de grupo basado en el empleo actual.

Si no se inscribe en Medicare y en su lugar elige la continuación de cobertura de COBRA, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte B y además tenga un lapso de cobertura si decide que quiere inscribirse en la Parte B posteriormente. Si elige la continuación de cobertura de COBRA y luego se inscribe en la Parte A o B de Medicare antes de que termine la continuación de cobertura de COBRA, el Plan puede terminar su continuación de cobertura. Sin embargo, si la Parte A o B de Medicare entra en vigor en la fecha de la elección de COBRA o antes, la cobertura COBRA no podrá interrumpirse a causa del derecho a Medicare, incluso si se inscribe en la otra parte de Medicare después de la fecha de la elección de la cobertura COBRA.

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

Para obtener más información visite [medicare.gov/medicare-and-you](#).

SI TIENE PREGUNTAS

Las preguntas respecto a su Plan o a sus derechos de continuación de cobertura COBRA deben dirigirse a la persona o personas de contacto que se identifican más adelante. Para obtener más información acerca de sus derechos en virtud de la Ley de Seguridad de Beneficios de los Empleados (ERISA), incluida la continuación de cobertura COBRA, y la Ley de Protección al Paciente y de Cuidado de Salud de Precio Bajo, y otras leyes que afectan los planes de salud de grupo, comuníquese con la Oficina Regional o de Distrito más cercana de la Labour's Employee Benefits Security Administration (EBSA) del Departamento de Trabajo de EE. UU. en su región o visite [dol.gov/agencies/ebsa](#). (Las direcciones y números de teléfonos de las oficinas regionales y de Distrito de EBSA están disponibles a través del sitio web de EBSA). Para obtener más información sobre el Mercado, visite [healthcare.gov](#).

MANTENGA INFORMADO A SU PLAN SOBRE LOS CAMBIOS DE DIRECCIÓN

Con el fin de proteger los derechos de su familia, comuníquelo al Administrador del Plan cualquier cambio en las direcciones de sus familiares. Además, le sugerimos conservar una copia, para sus registros, de cualesquier avisos que usted envíe al Administrador del Plan.

INFORMACIÓN DE CONTACTOS DEL PLAN

Benefits Team
(949) 453-4498
benefits@bootbarn.com

AVISO HIPAA DE DISPOIBILIDAD DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Boot Barn mantiene un Aviso de prácticas de privacidad que brindan información a personas cuya información de salud protegida (PHI) será utilizada o mantenida por el Plan. Si desea una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad del Plan, comuníquese con su administrador del plan.

SUS DERECHOS Y PROTECCIONES CONTRA LAS FACTURAS MÉDICAS SORPRESA

Cuando recibe atención de emergencia o tratamiento de un proveedor fuera de la red en un hospital o centro de cirugía ambulatoria dentro de la red, usted está protegido contra la facturación médica sorpresa (también llamada facturación de saldos). En estos casos, no le deben cobrar una cantidad que exceda los copagos, el coseguro y/o el deducible del plan.

¿QUÉ ES LA “FACTURACIÓN DE SALDOS” (ALGUNAS VECES LLAMADA “FACTURACIÓN MÉDICA SORPRESA”)?

Cuando consulta a un médico o a otro proveedor de atención médica, es posible que deba ciertos gastos de su bolsillo, como un copago, el coseguro o un deducible. Si consulta a un proveedor o visita una instalación de atención médica que no se encuentra en la red de su plan médico, podría tener gastos adicionales o tener que pagar toda la factura.

“Fuera de la red” describe a los proveedores y a las instalaciones que no han firmado un contrato con su plan médico para proporcionar servicios. Es posible que se permita a los proveedores fuera de la red que le facturen la diferencia entre lo que su plan paga y la cantidad total que se cobra por un servicio. A esto se le llama “**facturación de saldos**”. Esta cantidad es posiblemente mayor que los costos dentro de la red por el mismo servicio, y podrían no contar para el deducible o límite anual de gastos del bolsillo de su plan.

La “**facturación médica sorpresa**” es una factura inesperada. Esto puede suceder cuando usted no puede controlar quién está involucrado en su atención, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una visita en una instalación dentro de la red pero inesperadamente recibe tratamiento de un proveedor fuera de la red. Las facturas médicas del saldo podrían costar miles de dólares dependiendo del procedimiento o del servicio.

1) [medicare.gov/basics/get-started-with-medicare/sign-up/when-does-medicare-coverage-start](#). Estas reglas son diferentes para las personas con enfermedad renal en etapa terminal (ESRD).

USTED ESTÁ PROTEGIDO CONTRA LA FACTURACIÓN DE SALDOS EN LOS SIGUIENTES CASOS:

Servicios de emergencia: Si tiene una situación médica de emergencia y recibe servicios de emergencia de un proveedor o de una instalación fuera de la red, lo más que pueden facturarle es la cantidad de los costos compartidos dentro de la red de su plan (como los copagos, el coseguro y los deducibles). No se le puede facturar el saldo por estos servicios de emergencia. Esto incluye servicios que puede recibir cuando se encuentre en una condición estable, a menos que usted dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones contra la facturación de saldos de estos servicios que se le brindan después de su estabilización.

Ciertos servicios en un hospital o en un centro de cirugía ambulatoria dentro de la red: Cuando recibe servicios de un hospital o en un centro de cirugía ambulatoria dentro de la red, ciertos proveedores podrían estar fuera de la red. En estos casos, la cantidad mayor que estos proveedores pueden facturarle es la cantidad de costos compartidos dentro de la red de su plan. Esto aplica a los servicios de medicina, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, de un cirujano asistente, un hospitalista o un especialista en pacientes críticamente enfermos. Estos proveedores no pueden facturarle el saldo y no le pueden pedir que renuncie a sus protecciones contra la facturación de saldos.

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

Nunca se le requerirá que renuncie a sus protecciones contra la facturación de saldos. Tampoco requiere recibir atención fuera de la red. Usted puede elegir a un proveedor o instalación que pertenezca a la red de su plan.

CUANDO NO SE PERMITE LA FACTURACIÓN DE SALDOS, USTED TAMBIÉN CUENTA CON LAS SIGUIENTES PROTECCIONES:

- Usted es el único responsable de pagar sus costos compartidos (como los copagos, el coseguro y los deducibles que pagaría si el proveedor o la instalación perteneciera a la red). Su plan médico pagará directamente cualesquier gastos adicionales a los proveedores y a las instalaciones fuera de la red.
- Por lo general, su plan debe:
 - Cubrir los servicios de emergencia sin requerirle obtener la aprobación anticipada de los servicios (también conocida como "autorización previa").
 - Cubrir los servicios de emergencia proporcionados por proveedores fuera de la red.
 - Basar lo que usted debe al proveedor o a la instalación (costos compartidos) en lo que pagaría a un proveedor o en una instalación dentro de la red, y mostrarle esta cantidad en su explicación de los beneficios.
 - Considerar cualquier cantidad que usted pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red para su deducible y su límite de gastos del bolsillo dentro de la red.

Si cree que lo facturaron erróneamente, tiene disponibles los siguientes información y recursos que lo ayudarán a entender sus derechos:

Asistencia por teléfono – Puede comunicarse con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. al (800) 985-3059 para preguntar si tiene derechos de protección contra la facturación del saldo en su situación.

Asistencia disponible en línea – También puede visitar el sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid de EE. UU. para [obtener más información sobre las protecciones contra las facturaciones médicas del saldo.](#)