

STITCH FIX

**Su vida.**

**Su estilo.**

**Elija los beneficios que mejor se adapten a sus necesidades para el próximo año.**

**¿Qué novedades hay para 2024?**

Seguros de enfermedades críticas, accidentes e indemnización hospitalaria — para ayudarlo a cubrir los gastos que necesite • Páginas 24 y 25

**Encuentre su calce**

Vea cómo las personas pueden ayudarlo a decidir • Página 2





## Su vida. Su estilo.

Su vida y su estilo no se parecen a los de nadie más. Es por eso que cada año usted tiene la oportunidad de elegir los beneficios que mejor satisfagan sus necesidades particulares. Lea esta guía detenidamente y luego ¡vaya y elija sus beneficios para 2024!

## ¿Qué novedades hay para 2024?

Estamos incorporando los beneficios de los seguros de enfermedades críticas, accidentes e indemnización hospitalaria, que pueden ayudarlo a cubrir gastos imprevistos en caso de un problema serio de salud y la atención preventiva. Páginas 23 y 24.

## En esta guía

Encuentre su calce.....	2
Términos que hay que conocer.....	4
Elegibilidad e inscripción.....	5
ALEX — Obtenga ayuda para elegir el plan médico correcto.....	6
Lista de control para la inscripción.....	7
Sus opciones de planes médicos.....	8
Accesorios del plan médico.....	14
Pagos de atención médica (HSA y FSA).....	16
Recursos de salud mental.....	18
Programa de Asistencia a Empleados (EAP).....	19
Plan odontológico.....	20
Plan oftalmológico.....	21
Seguro de discapacidad.....	22
Planificación familiar.....	23
Seguro de enfermedades críticas.....	24
Seguro de accidentes e indemnización hospitalaria.....	25
Beneficios de transporte y viaje.....	26
Plan de jubilación 401(k).....	27
Guardería.....	28
PerkSpot.....	29
Seguro de Vida y AD&D.....	30
Sus aportes.....	29
Preguntas.....	30
Contactos.....	31
Avisos anuales.....	34





# Encuentre su calce

No importa en qué punto de la vida se encuentre, puede buscar y adquirir los beneficios que mejor se adapten a sus necesidades para el 2024. ¿Se ve en alguna de estas descripciones? Busque a estas personas a lo largo de esta guía para ayudar a encontrar su calce correcto.



## Descubrimiento

- ¿Está usted en los inicios de su carrera?
- ¿Es usted nuevo en el mundo de la atención médica o está dejando de estar asegurado por sus padres?

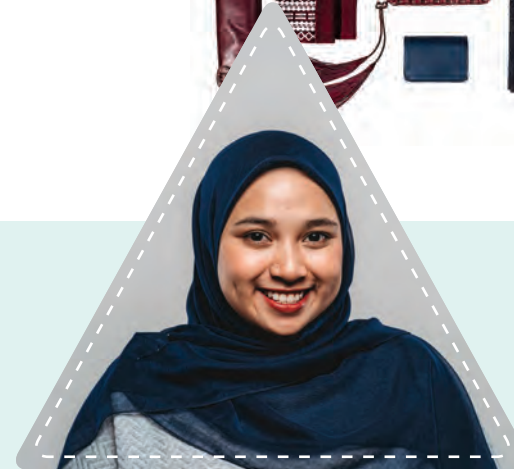
La persona de tipo descubrimiento suele necesitar una atención mínima y desea ahorrar más por cada cheque de paga, pero sigue deseando un examen de bienestar anual y la opción de acudir a un médico de vez en cuando.



## Crecimiento

- ¿Está usted a mitad de su carrera?
- ¿Está pensando en formar una familia o ya tiene hijos pequeños?
- ¿Comprende los conceptos básicos de atención médica, pero le sigue pareciendo confuso?

La persona de tipo crecimiento suele necesitar más atención continua y está dispuesta a invertir en cuidados para sacar el máximo provecho a sus beneficios.



## Estabilidad

- ¿Está en la mitad o en la última etapa de su carrera?
- ¿Cuida a niños y padres?
- ¿Conoce los fundamentos de la atención médica y suele elegir el mismo plan año tras año?

La persona de tipo estabilidad suele conocer el nivel de atención que necesita cada año y tiene medicamentos con receta regulares, etc. Está dispuesta a invertir en atención, pero también piensa en la jubilación.



## Legado

- ¿Está en la última etapa de su carrera?
- ¿Está pensando en la jubilación o en pasarse a Medicare en los próximos 5-10 años?

La persona de tipo legado suele ser estable, pero las necesidades de cuidados adicionales pueden ir en aumento. El control de los costos es cada vez más importante.



## Términos que debe saber

**Dentro de la red/Fuera de la red**  
Cada plan médico tiene una red de prestadores que incluyen médicos y hospitales. Algunos planes médicos cubren tanto a prestadores de la red como a los de fuera de ella; otros solo pagan cuando usted permanece en la red (a menos que se trate de una emergencia). Siempre pagará menos si acude a un médico o recibe servicios dentro de la red de prestadores.

La forma más fácil de averiguar qué prestadores están dentro de la red es entrar al sitio web del proveedor del seguro o llamar al número que figura en el reverso de su credencial.

**Deducible**  
El monto que debe pagar por su atención médica antes de que el plan médico comience a cubrir una parte de sus costos. El deducible es una consideración importante a la hora de elegir el plan de salud adecuado para usted.

**Coseguro**  
Una vez que haya alcanzado su deducible, el plan médico comienza a pagar el coseguro, es decir, un porcentaje de los gastos cubiertos. Usted pagará el saldo.

**Copago**  
Un monto fijo en dólares como por ejemplo, para una visita al médico que usted paga en el momento en que recibe la atención.

**Máximo de gastos de bolsillo**  
Es el monto máximo que pagará por gastos de atención médica en un año calendario. Una vez que haya alcanzado el máximo de gastos de bolsillo, el plan pagará el 100% de todos los gastos médicos elegibles.

**Prestador**  
Los prestadores son personas o lugares que brindan atención. Por ejemplo, un médico, un odontólogo, un hospital o un fisioterapeuta.

## Elegibilidad

## e inscripción

### ¿Quién puede comprar beneficios?

Usted es elegible para los beneficios si es un empleado a tiempo completo que trabaja 30 horas o más a la semana.\*

También puede inscribir a otros miembros de su familia en su cobertura de beneficios. Si usted cubre a dependientes, debe seleccionar los mismos planes para sus dependientes y para usted.

Los dependientes elegibles incluyen:

- Su cónyuge legal o pareja de hecho admitida.\*\*
- Hijos menores de 26 años; no hay limitaciones ni requisitos previos como por ejemplo, condición de estudiante o estado civil.
- Los hijos que dependan plenamente de usted por una discapacidad física o mental, y que se indiquen como tales en su declaración federal de impuestos sobre la renta, pueden continuar la cobertura después de los 26 años.

El costo de la cobertura para los dependientes variará dependiendo del número de dependientes que se inscriban en el plan y del plan en particular que elija.

### No se admiten devoluciones (salvo algunas excepciones)

Una vez que usted elige sus beneficios, éstos permanecen vigentes durante el año del plan, del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024.

Puede cambiar la cobertura durante el año del plan solo si experimenta un evento de vida habilitante (QLE) y debe tomar medidas en Workday dentro de los 30 días siguientes a la fecha del evento.

Son eventos de vida habilitantes:

- Casamiento
- Divorcio o separación legal
- Nacimiento de un hijo suyo
- Muerte de su cónyuge o hijo dependiente
- Adopción o entrega con fines de adopción de su hijo
- El dependiente obtiene o pierde la cobertura a través de otra fuente
- Un cambio importante en su cobertura de salud o la de su cónyuge debido al empleo de su cónyuge
- Cambio de situación laboral suya o de su cónyuge
- Aceptación de una Orden de Manutención Médica Infantil por parte del Administrador del Plan
- Pérdida de la cobertura del plan de sus padres

\*Los empleados a tiempo parcial que trabajan 20 horas o más a la semana son elegibles para Carrot y Modern Health.

\*\*Si elige cubrir a una pareja de hecho, pagará el impuesto sobre la renta y el seguro social por la parte de la prima del seguro que Stitch Fix aporta a la cobertura de su pareja.





## Cómo elegir el

### plan médico correcto

Al decidir qué plan médico es el más adecuado para usted y su familia, es importante considerar el costo total de la cobertura. Esto incluye lo que usted paga en primas de su cheque de pago y lo que paga por los servicios.

Aunque todos los planes médicos cubren íntegramente los exámenes preventivos dentro de la red, los planes médicos varían en cuanto a los deducibles anuales, los copagos y los niveles de coseguro. Esto significa que usted puede pagar más de su propio bolsillo con un plan en comparación con otro.

**alex** Medical STITCH FIX

Supongamos que usted acude al médico, se hace unas pruebas y recibe una receta, y todo le cuesta \$500.

¿Cómo pagaría una factura médica de \$500?

- Tengo ahorros que puedo utilizar (como un fondo para emergencias o una HSA).
- Pediría dinero prestado o usaría una tarjeta de crédito, y lo devolvería con el tiempo.
- No estoy seguro.



Escanee o visite ALEX en [start.myalex.com/stitchfix](https://start.myalex.com/stitchfix)

## Pregunte a ALEX

ALEX®, el asesor oficial de beneficios de Stitch Fix, le ayuda a encontrar el plan que mejor se adapta a usted y a su familia, con explicaciones fáciles de entender para cualquier pregunta que pueda tener en el camino.

Recibirá orientación personalizada y confidencial sobre los beneficios a los que podrá acceder desde cualquier computadora, tableta o smartphone. Antes de tomar sus decisiones de inscripción, deje que ALEX le ayude a encontrar los planes que tienen más sentido para usted.

**Nota: Debe realizar cambios en Workday para actualizar sus beneficios. ALEX es una guía para ayudarle a tomar decisiones; es decir, no se ocupa por usted del proceso de inscripción.**

**Le ahorra tiempo**, la mayoría de los usuarios pasan unos 7 minutos con ALEX, pero realmente depende de la cantidad de orientación que desee. Y ALEX puede guardar su lugar, de modo que puede marcharse y luego retomar sus elecciones justo donde las haya dejado.

**Accesible**, utilice ALEX en su teléfono, tableta o cualquier dispositivo que tenga.

**Confidencial**, su experiencia con ALEX es totalmente privada. No conserva la información personal ni la envía a su empleador (ni a nadie), por lo que es completamente anónima.

**Fácil de empezar**, ALEX le pedirá que calcule el tipo de atención médica que podría necesitar este año (visitas al médico, cirugías, visitas a sala de emergencias, medicamentos con receta, etc.), por lo que puede hacer un recuento y hablar con su familia sobre sus necesidades, pero ALEX también puede ayudarle a hacer algunas estimaciones.

**Hace la mejor elección**, ALEX descuenta el monto que cada plan le costaría de su cheque de paga (su prima) y lo añade al monto que le costarían los servicios que usted dijo que podría utilizar. **Luego Alex le recomienda el mejor plan para sus necesidades.**

# Haga una lista

Cualquier buen comprador sabe que una lista puede ayudar a no excederse - ahora y durante el año. Es por eso que hemos empezado una lista de lo que hay que hacer para la Inscripción Abierta y otra para lo que hay que tener en cuenta durante el año. Siéntase libre para agregar a estas listas lo que usted necesite.

## Para la Inscripción Abierta

- ✓ Lea toda esta guía y sepa cuáles son sus opciones para 2024.
- ✓ Considere cómo ha usado sus beneficios en 2023 y si considera que algo cambiará para el próximo año.
- ✓ Pregúntele a ALEX para saber qué plan médico podría ser la mejor opción para usted. Consulte los detalles en la página de la izquierda.
- ✓ Contáctese con el Equipo de Asesores en Beneficios al 888-246-6680 o programe una cita personal en [employeeconnects.com/stitchfix](https://employeeconnects.com/stitchfix).
- ✓ Busque a las personas en esta guía para ver si ofrecen orientación para tomar buenas decisiones.
- ✓ Inscribese en sus beneficios para 2024 antes de la fecha límite de la Inscripción Abierta.
- ✓ Revise sus beneficios en Workday para confirmar que sus beneficios para 2024 sean los correctos.
- ✓ Actualice la información de sus dependientes, como los datos del seguro social, fecha de nacimiento y dirección.

## Para 2024

- ✓ Controle su primer recibo de pago del año para confirmar que de su cheque de paga se haya deducido el monto correcto por sus nuevos beneficios.
- ✓ Haga citas para su chequeo de salud anual y exámenes físicos para sus hijos. Asegúrese de estar al día con las vacunas y exámenes oncológicos.
- ✓ Programe citas para dos limpiezas dentales durante el año para todo su grupo familiar.
- ✓ Confirme que los beneficiarios de su seguro de vida estén actualizados.
- ✓ Vuelva a revisar el monto que está aportando al plan 401(k). Si puede, aumente ese monto para un futuro más seguro.
- ✓ Designe a un beneficiario también para su plan 401(k).





# Sus opciones de planes médicos

Busque el plan adecuado para satisfacer sus necesidades y se irá con algo muy valioso, el primer paso para llevar una vida sana.



## Plan HDHP

Plan de salud de deducible alto (HDHP) con cuenta de ahorro para gastos médicos (HSA)

VER PÁGINA 9



## PPO

Plan de organización de prestadores preferidos (PPO)  
Puede utilizarse con una cuenta de gastos flexibles (FSA)

VER PÁGINA 10



## EPO

Plan de organización de prestadores exclusivos (EPO)  
Puede utilizarse con una cuenta de gastos flexibles (FSA)

VER PÁGINA 11

No disponible en todas las áreas



## LOCALPLUS

Plan Cigna LocalPlus  
Puede utilizarse con una cuenta de gastos flexibles (FSA)

VER PÁGINA 12

Disponible solo en CA y GA



## HMO

Plan de organización para el mantenimiento de la salud (HMO)  
Puede utilizarse con una cuenta de gastos flexibles (FSA)

VER PÁGINA 13



Plan de salud de deducible alto (HDHP) con cuenta de ahorro para gastos médicos (HSA)

El HDHP es una excelente opción si tiene pocas necesidades de atención médica. Por cheque de pago, el plan HDHP es el más económico (¡GRATIS para cobertura solo empleado!), ¡Y Stitch Fix aporta con un generoso monto a su HSA!

Si visita al médico con frecuencia y no tiene dinero apartado en una cuenta de ahorro para gastos médicos (HSA), el HDHP quizás no sea la mejor opción.

- ✓ Menores costos por cheque de paga
- ✓ Dinero gratis de Stitch Fix en su HSA
- ✓ Redes más amplias para la cobertura dentro y fuera de la red
- ⚠ Tiene que pagar el deducible antes de que el plan empiece a pagar
- ⚠ Aunque este plan es más barato en general, puede resultar imprevisible

	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Deducible</b>		
Individual	\$1,750	\$3,000
Individual dentro del plan familiar	\$3,200	\$4,500
Familiar	\$3,500	\$6,000
<b>Máximo de gastos de bolsillo (OOP)</b>		
Individual	\$3,200	\$6,000
Individual dentro del plan familiar	\$3,200	\$6,000
Familiar	\$6,400	\$12,000
Máximo de por Vida	Ilimitado	
¿El deducible se computa para el OOP?	Sí	
<b>Coseguros / copagos</b>		
Atención preventiva	Sin cargo	30%*
Médico de atención primaria	10%*	30%*
Especialista	10%*	30%*
Radiografías y análisis de laboratorio de diagnóstico	10%*	30%*
Centro de atención de urgencia	10%*	30%*
Sala de emergencias	10%*	
Atención hospitalaria con internación	10%*	30%*
Cirugía ambulatoria	10%*	30%*
<b>Farmacia</b>		
<b>Medicamentos con receta en farmacia, suministro para hasta 30 días</b>		
Genérico	\$10*	No se cubre
Marca preferida	\$40*	
Marca no preferida	\$60*	
Medicamentos especializados	30% hasta un máximo de \$100*	
<b>Medicamentos con receta en farmacia y entrega a domicilio, suministro para hasta 90 días</b>		
Genérico	\$20*	No se cubre
Marca preferida	\$80*	
Marca no preferida	\$120*	

\*Después del deducible

Nota: Los anticonceptivos femeninos y los medicamentos preventivos están cubiertos al 100% dentro de la red. Todos los servicios cubiertos están sujetos a necesidad médica como lo determina el plan. Todos los servicios fuera de la red están sujetos a limitaciones de lo que constituye Razonable y Corriente (R&C). Esto significa que usted es responsable de todos los gastos que superen esta asignación.

Este plan podría ser una buena opción para:



Descubrimiento



Estabilidad

Sus deducciones de nómina quincenales para este plan:

**Solo empleado**  
\$0.00

**Empleado + cónyuge/ pareja de hecho\*\***  
\$118.70

**Empleado + hijo(s)**  
\$105.64

**Empleado + familia**  
\$168.11

\*\*Si usted elige cubrir a una pareja de hecho, pagará el impuesto sobre la renta y el Seguro Social por la parte de la prima del seguro que Stitch Fix aporta a la cobertura de su pareja.



## PPO



### Plan de organización de prestadores preferidos (PPO)\*

El plan PPO es el más predecible, pero también el más caro. Tiene copagos fijos, por ejemplo, \$20 cuando acude a su médico de atención primaria. En caso de que se trate de imágenes de resonancia magnética o radiografías, usted paga un porcentaje del costo (coseguro), hasta que alcance su deducible.

Este plan funciona bien para quien necesite un mayor nivel de atención, vaya a tener un bebé o si no le importa pagar más en cada período de pago por una red más amplia con costos predecibles. Tenga en cuenta que la opción más cara no necesariamente signifique que es la mejor cobertura para usted.

- ✓ Mejor para aquellos que tienen más gastos médicos y requieren un tratamiento regular por afecciones de salud
- ✓ Más gastos cubiertos por el seguro
- ✓ Puede elegir cualquier médico u hospital
- ⚠ El costo por cheque de paga es el más alto de todos los planes



## EPO



### Plan de organización de prestadores exclusivos (EPO)

Un plan EPO tiene todos los beneficios de un PPO como costos predecibles y copagos regulares, pero usa la red nacional de prestadores médicos de Cigna, por lo que su costo por cheque de paga es menor. Este plan no ofrece una opción fuera de la red, pero utiliza una red nacional de prestadores. Tómese el tiempo necesario para asegurarse de que todos sus prestadores y hospitales estén en la red Open Access Plus de Cigna.

- ✓ Las primas son menores que las de un plan PPO, y usted obtiene todos los beneficios de copagos simples/costos fáciles de entender
- ✓ Sin deducible
- ✓ Encontrar nuevos prestadores dentro de la red es fácil en la aplicación de Cigna
- ⚠ Es posible que algunos de sus prestadores actuales no estén en la red
- ⚠ Las cirugías, la atención diagnóstica y las estadias en el hospital pueden requerir un trabajo adicional por su parte para asegurarse de que todos los prestadores están dentro de la red

	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Deducible</b>		
Individual	\$500	\$500
Familiar	\$1,000	\$1,000
<b>Máximo de gastos de bolsillo (OOP)</b>		
Individual	\$2,000	\$3,000
Familiar	\$4,000	\$6,000
Máximo de por vida	Ilimitado	
<b>Coseguros / copagos</b>		
Atención preventiva	Sin cargo	30%**
Médico de atención primaria	\$20 de copago	30%**
Especialista	\$20 de copago	30%**
Radiografías y análisis de laboratorio de diagnóstico	10%**	30%**
Centro de atención de urgencia	\$25 de copago	30%**
Sala de emergencias	10% después de \$100 de copago	10% después de \$100 de copago
Atención hospitalaria con internación	10%**	30%**
Cirugía ambulatoria	10%**	30%**
<b>Farmacia</b>		
<b>Medicamentos con receta en farmacia, suministro para hasta 30 días</b>		
Genérico	\$15	No se cubre
Marca preferida	\$30	
Marca no preferida	\$60	
Medicamentos especializados	30% hasta un máximo de \$100	
<b>Medicamentos con receta en farmacia y entrega a domicilio, suministro para hasta 90 días</b>		
Genérico	\$30	No se cubre
Marca preferida	\$60	
Marca no preferida	\$120	

\*Nota: Para los empleados de Utah, la PPO de Cigna utiliza la red PPO, y no la red Open Access Plus (OAP).

\*\*Después del deducible

Todos los servicios cubiertos están sujetos a necesidad médica como lo determina el plan. Todos los servicios fuera de la red están sujetos a limitaciones de lo que constituye Razonable y Corriente (R&C). Esto significa que usted es responsable de todos los gastos que superen esta asignación.

Este plan podría ser una buena opción para:



Crecimiento



Legado

Sus deducciones de nómina quincenales para este plan:

**Solo empleado**  
\$102.55

**Empleado + cónyuge/  
pareja de hecho\*\***  
\$300.07

**Empleado + hijo(s)**  
\$267.05

**Empleado + familia**  
\$424.99

\*\* Si usted elige cubrir a una pareja de hecho, pagará el impuesto sobre la renta y el Seguro Social por la parte de la prima del seguro que Stitch Fix aporta a la cobertura de su pareja.

	Solo dentro de la red
<b>Deducible</b>	
Individual	Ninguno
Familiar	
<b>Máximo de gastos de bolsillo (OOP)</b>	
Individual	\$1,500
Familiar	\$3,000
Máximo de por Vida	Ilimitado
<b>Coseguros / copagos</b>	
Atención preventiva	Sin cargo
Médico de atención primaria	\$20 de copago
Especialista	\$20 de copago
Radiografías y análisis de laboratorio de diagnóstico	Sin cargo
Centro de atención de urgencia	\$25 de copago
Sala de emergencias	\$100 de copago
Atención hospitalaria con internación	Sin cargo
Cirugía ambulatoria	Sin cargo
<b>Farmacia</b>	
<b>Medicamentos con receta en farmacia, suministro para hasta 30 días</b>	
Genérico	\$15
Marca preferida	\$30
Marca no preferida	\$50
Medicamentos especializados	30% hasta un máximo de \$100
<b>Medicamentos con receta en farmacia y entrega a domicilio, suministro para hasta 90 días</b>	
Genérico	\$30
Marca preferida	\$60
Marca no preferida	\$100

Todos los servicios cubiertos están sujetos a necesidad médica como lo determina el plan.

Este plan podría ser una buena opción para:



Descubrimiento



Estabilidad



Legado

Sus deducciones de nómina quincenales para este plan:

**Solo empleado**  
\$40.85

**Empleado + cónyuge/  
pareja de hecho\*\***  
\$170.74

**Empleado + hijo(s)**  
\$151.96

**Empleado + familia**  
\$241.82

\*\* Si usted elige cubrir a una pareja de hecho, pagará el impuesto sobre la renta y el Seguro Social por la parte de la prima del seguro que Stitch Fix aporta a la cobertura de su pareja.



## LocalPlus



Cigna LocalPlus

El plan LocalPlus es similar al plan EPO, con costos predecibles, copagos regulares, pero con una red más pequeña de prestadores médicos en su área local. Es el más económico por cheque de paga de los planes. Este plan no ofrece una opción fuera de la red.

El plan LocalPlus es una gran opción si se encuentra en las categorías Descubrimiento, Estabilidad o Legado, porque puede mantener los costos bajos si permanece en la red. Tómese el tiempo necesario para asegurarse de que todos sus prestadores y hospitales se encuentren en la red LocalPlus de Cigna.

- ✓ El costo por cheque de paga es el más económico de los planes con copagos
- ✓ Sin deducible
- ✓ Encontrar nuevos prestadores dentro de la red es fácil en la aplicación de Cigna
- ⚠ Es posible que algunos de sus prestadores actuales no estén en la red
- ⚠ Si viaja fuera de su área local, su cobertura se limita a atención de emergencia
- ⚠ Las cirugías, la atención diagnóstica y las estadías en el hospital pueden requerir un trabajo adicional por su parte para asegurarse de que todos los prestadores están dentro de la red

### Solo dentro de la red

Solo dentro de la red	
<b>Deducible</b>	
Individual	Ninguno
Familiar	
<b>Máximo de gastos de bolsillo (OOP)</b>	
Individual	\$1,500
Familiar	\$3,000
Máximo de por Vida	Ilimitado
<b>Coseguros / copagos</b>	
Atención preventiva	Sin cargo
Médico de atención primaria	\$20 de copago
Especialista	\$20 de copago
Radiografías y análisis de laboratorio de diagnóstico	Sin cargo
Centro de atención de urgencia	\$25 de copago
Sala de emergencias	\$100 de copago
Atención hospitalaria con internación	Sin cargo
Cirugía ambulatoria	Sin cargo
<b>Farmacia</b>	
<b>Medicamentos con receta en farmacia, suministro para hasta 30 días</b>	
Genérico	\$15
Marca preferida	\$30
Marca no preferida	\$50
Medicamentos especializados	30% hasta un máximo de \$100
<b>Medicamentos con receta en farmacia y entrega a domicilio, suministro para hasta 90 días</b>	
Genérico	\$30
Marca preferida	\$60
Marca no preferida	\$100

### Este plan podría ser una buena opción para:



Descubrimiento



Estabilidad

Legado

### Sus deducciones de nómina quincenales para este plan:

#### Solo empleado

\$31.30

#### Empleado + cónyuge/ pareja de hecho\*\*

\$130.85

#### Empleado + hijo(s)

\$116.45

#### Empleado + familia

\$185.32

\*\*Si usted elige cubrir a una pareja de hecho, pagará el impuesto sobre la renta y el Seguro Social por la parte de la prima del seguro que Stitch Fix aporta a la cobertura de su pareja.



## HMO



Plan de organización para el mantenimiento de la salud (HMO)

Solo disponible si vive en California o Georgia, la HMO cubre procedimientos basados en las leyes particulares de esos estados. Usted elige a su médico de atención primaria, que coordina sus necesidades de atención médica, incluidas las derivaciones y los especialistas. Este plan no ofrece una opción fuera de la red y trabaja con los proveedores de Kaiser en su área local.

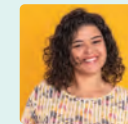
- ✓ Los costos por cheque de paga son razonables
- ✓ ¡No hay que alcanzar ningún deducible!
- ✓ Su médico de atención primaria se encarga de las derivaciones a especialistas
- ⚠ Los planes solo están disponibles en California o Georgia
- ⚠ Las leyes estatales pueden regular su acceso a la atención médica
- ⚠ Si viaja fuera de su área local, su cobertura se limita a la atención de urgencia y emergencia

### Solo dentro de la red

Solo dentro de la red	
<b>Deducible</b>	
Individual	Ninguno
Familiar	
<b>Máximo de gastos de bolsillo (OOP)</b>	
Individual	\$1,500
Familiar	\$3,000
Máximo de por Vida	Ilimitado
<b>Coseguros / copagos</b>	
Atención preventiva	Sin cargo
Médico de atención primaria	\$20 de copago
Especialista	\$20 de copago
Radiografías y análisis de laboratorio de diagnóstico	Sin cargo
Centro de atención de urgencia	\$20 de copago
Sala de emergencias	\$100 de copago
Atención hospitalaria con internación	Sin cargo
Cirugía ambulatoria	\$20 de copago
<b>Farmacia</b>	
<b>Medicamentos con receta en farmacia, suministro para hasta 30 días</b>	
Genérico	\$15
Marca preferida	\$30
Marca no preferida	\$30
Medicamentos especializados	\$30
<b>Medicamentos con receta en farmacia y entrega a domicilio, suministro para hasta 90 días (Kaiser GA)/suministro para hasta 100 días (Kaiser CA)</b>	
Genérico	\$30
Marca preferida	\$60
Marca no preferida	\$100

Todos los servicios cubiertos están sujetos a necesidad médica como lo determina el plan.

### Este plan podría ser una buena opción para:



Descubrimiento



Crecimiento



Estabilidad



Legado

### Sus deducciones de nómina quincenales para este plan:

California

#### Solo empleado

\$34.72

#### Empleado + cónyuge/ pareja de hecho\*\*

\$152.77

#### Empleado + hijo(s)

\$138.88

#### Empleado + familia

\$208.32

### Sus deducciones de nómina quincenales para este plan:

Georgia

#### Solo empleado

\$31.02

#### Empleado + cónyuge/ pareja de hecho\*\*

\$136.46

#### Empleado + hijo(s)

\$124.05

#### Empleado + familia

\$186.09

\*\*Si usted elige cubrir a una pareja de hecho, pagará el impuesto sobre la renta y el Seguro Social por la parte de la prima del seguro que Stitch Fix aporta a la cobertura de su pareja.



# Conozca estos increíbles accesorios del plan médico



## Recursos para los participantes en el plan de Cigna



### Beneficios para transgéneros

Cigna es consciente de los retos a los que se enfrentan los transgéneros o las personas de género no conforme. Por eso ha puesto un énfasis especial en la capacitación de sus equipos y en la creación de programas que satisfagan sus necesidades específicas.

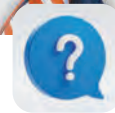
[mi.cigna.com](https://mi.cigna.com)



### Asuma el control de su salud

Cigna ofrece seminarios mensuales gratuitos sobre trastornos alimenticios, abuso de sustancias y concienciación sobre la salud del comportamiento para niños y familias.

[mi.cigna.com](https://mi.cigna.com)



### Cigna One Guide

Su equipo Cigna One Guide® está preparado para responder a todas sus preguntas sobre el plan de salud y mucho más.

800-CIGNA24  
[cigna.com/guideme](https://cigna.com/guideme)



## Recursos para los participantes en el plan de Kaiser



### Visitas virtuales

La próxima vez que programe una cita en Kaiser Permanente, es posible que le ofrezcan una visita por video con su médico, lo que puede ahorrarle tiempo y gastos de desplazamiento.

[kp.org/mydoctor/videovisits](https://kp.org/mydoctor/videovisits)



### Calm

Calm utiliza la meditación y la atención plena para ayudar a disminuir el estrés, reducir la ansiedad y mejorar la calidad del sueño. Escuche meditaciones guiadas impartidas por expertos de renombre mundial, historias sobre el sueño narradas por celebridades, videos de movimiento consciente, etc.

[kp.org/selfcareapps](https://kp.org/selfcareapps)



### MDLIVE visitas virtuales

Obtenga atención médica menor, programe citas de salud mental y haga que le envíen las recetas directamente a su farmacia local.

[my.cigna.com](https://my.cigna.com)



### Nuestro enfoque ser integral

Hay esperando expertos conductuales para ayudarle a resolver los desafíos del trastorno del espectro autista, temperamentos infantiles/adolescentes y trastornos de ansiedad, de alimentación, uso de sustancias, y más.

[mi.cigna.com](https://mi.cigna.com)



### Beneficios para la concepción

Todos los empleados y empleadas y sus cónyuges o parejas son elegibles para servicios como pruebas de laboratorio y radiología, inseminación artificial, fecundación in vitro (FIV) y más.

[my.cigna.com](https://my.cigna.com)



### Atención virtual para condiciones crónicas

Pierda peso, controle su diabetes y baje su presión arterial con Omada Health— un programa de asesoramiento personalizado.

[omadahealth.com/stitchfix](https://omadahealth.com/stitchfix)



### Programas de estilo de vida saludable

Asuma un papel activo en su salud con programas personalizados en línea diseñados para ayudarle a vivir de forma más saludable. Realice una valoración médica total y obtendrá un plan personalizado para ayudarle a realizar cambios para un estilo de vida saludable. Los programas tardan 20 minutos en completarse y puede hacerlo a su propio ritmo. (También disponibles en español.)

[kp.org/healthylifestyles](https://kp.org/healthylifestyles)



### Obtenga apoyo emocional 24/7

Kaiser colabora con Ginger para ayudarle a afrontar algunos de los retos más comunes de la vida, como la gestión del estrés y las relaciones. Los entrenadores de apoyo emocional altamente capacitados de Ginger están ahí cuando lo necesita.

[ginger.com](https://ginger.com)




### Atención médica mientras está fuera de casa

Si ocurre algo inesperado mientras está fuera de casa, es más fácil que nunca obtener asesoramiento médico 24/7, acceder a la atención por teléfono o video y enviar por correo electrónico las preguntas no urgentes al consultorio de su médico.

Línea de viajes fuera de casa: 951-268-3900 (TTY 711)

[kp.org/travel](https://kp.org/travel)





# Cuando es tiempo para verificar

## Para los inscriptos en el plan médico HDHP:

Utilice una cuenta de ahorro para gastos médicos (HSA) para pagar gastos elegibles. Las HSA y los planes HDHP van de la mano. ¡Stitch Fix le inscribirá automáticamente en una cuenta de ahorro para gastos médicos con Health Equity si selecciona el plan médico HDHP y pondrá dinero en la cuenta para que lo conserve y lo gaste en gastos médicos elegibles! Una HSA facilita el pago de gastos médicos, odontológicos y oftalmológicos actuales y ayuda a ahorrar las necesidades próximas o durante la jubilación.

### Los beneficios de una HSA

Las HSA le dan una ventaja fiscal triple:

1. Reserve dinero libre de impuestos\*.
2. Pague gastos elegibles libres de impuestos.\*
3. Los fondos no utilizados se trasladan de año en año, y se puede invertir cualquier monto superior a \$1,000. Todas las ganancias están libres de impuestos.\*

Los fondos de su HSA son suyos, incluso si deja la compañía.

### Cómo funciona:

En 2024, usted puede aportar hasta:

- Solo Empleado: \$3,400
- Empleado + dependientes: \$6,800

Stitch Fix aportará automáticamente:

- Solo Empleado: \$750
- Empleado + dependientes: \$1,500

Sus aportes máximos para 2024:

- Solo Empleado: \$4,150
- Empleado + dependientes: \$8,300

Aporte de nivelación a la edad de 55 años o más:

- \$1,000 adicionales

¡Es fácil gastar los fondos de su HSA!

HealthEquity le enviará una tarjeta de débito HSA para pagar los gastos elegibles.

Más información en [healthequity.com](https://healthequity.com)

### Aportes a la HSA

Cuando abra una HSA, Stitch Fix aportará automáticamente a su HSA. Los aportes de la compañía se desembolsan trimestralmente y se prorratan en función de su fecha de entrada en vigencia.

Tenga en cuenta que hay algunas reglas importantes que debe seguir. Si utiliza fondos de su HSA para gastos que el IRS considera elegibles, el dinero permanece libre de impuestos.\* Si utiliza fondos para gastos no elegibles, usted pagará los impuestos aplicables y una multa por impuesto al consumo (actualmente 20%).

La letra pequeña:

- Usted debe estar inscripto en un plan de salud de deducible alto (HDHP).
- Los fondos de su HSA están disponibles para gastar después de que se hayan depositado en su cuenta a través de aportes de nómina o de Stitch Fix.
- No puede estar cubierto por otro plan de salud no admitido, incluida la cuenta de gastos flexibles (FSA) para atención médica de su cónyuge.
- No puede estar inscripto en Medicare o TRICARE.
- Usted no puede figurar como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona.
- Consulte la publicación 969 del IRS para conocer las reglas completas.

\*Los impuestos estatales pueden igualmente aplicar en California y Nueva Jersey. Para obtener información detallada sobre las implicaciones fiscales de una HSA, por favor comuníquese con su asesor fiscal profesional.

## Para aquellos a los que les gustaría tener cuentas con ventajas fiscales:

### Utilice las cuentas de gastos flexibles (FSA).

Las cuentas de gastos flexibles (FSA) le permiten reservar dinero antes de impuestos para pagar gastos elegibles de atención médica y atención de dependientes.

Hay tres tipos de FSA:

1. **FSA para atención médica**  
Para quienes estén inscriptos en los planes PPO, EPO, LocalPlus, o HMO.
2. **FSA para atención de dependientes**  
Disponible para cualquier persona y su cónyuge si trabaja a tiempo completo.
3. **FSA de propósito limitado**  
Solo para quienes estén inscriptos en el plan médico HDHP.

La letra pequeña:

- Los fondos de la FSA para atención médica y de propósito limitado están disponibles para gastar el primer día del año del plan o después de la inscripción de contratados nuevos. Los fondos se reembolsan a lo largo del año mediante deducciones de nómina.
- Los fondos de la FSA para atención de dependientes están disponibles para gastar después de haber sido depositados en su cuenta a través de aportes de nómina.
- Todos los gastos de las cuentas de gastos flexibles para atención médica y para atención de dependientes deben realizarse entre el 1 de enero y el 31 de diciembre, y usted tiene 90 días después de que finalice el año del plan para presentar reclamos o pedidos de reembolso.
- Al final del año calendario, los participantes pueden trasladar al año siguiente hasta \$570 de los fondos de la FSA que estén sin utilizar. Los fondos restantes que superen este monto se perderán. El traslado no está disponible para quienes participen en la FSA para atención de dependientes.
- Una vez que se inscriba en la FSA, solo podrá cambiar el monto de su aporte si experimenta un evento de vida habilitante.
- Usted no puede transferir fondos de una FSA a otra.

### Cómo funciona:

Usted calcula el monto que gastará en gastos elegibles durante el próximo año y elige que ese monto se deduzca de su salario antes de impuestos. Cada año, usted debe elegir el monto anual que desea aportar a cada cuenta.

En 2024, usted puede aportar hasta:

- FSA para atención médica: \$3,200
- FSA para atención de dependientes: \$5,000
- FSA de propósito limitado: \$3,200

Navia le enviará una tarjeta de débito FSA para pagar los gastos elegibles.

Gestione su FSA en [naviabenefits.com](https://naviabenefits.com)

### Gastos elegibles

#### FSA para Atención Médica

- Gastos de atención médica, como deducibles, copagos y medicamentos con receta
- Anteojos o lentes de contacto
- Cirugía LASIK
- Ortodoncia

#### FSA para Atención de Dependientes

- Gastos de cuidado de dependientes para hijos menores de 13 años
- Proveedores privados de guarderías y niñeras
- Cuidado con licencia para dependientes discapacitados
- Cuidado de un padre anciano que depende de usted

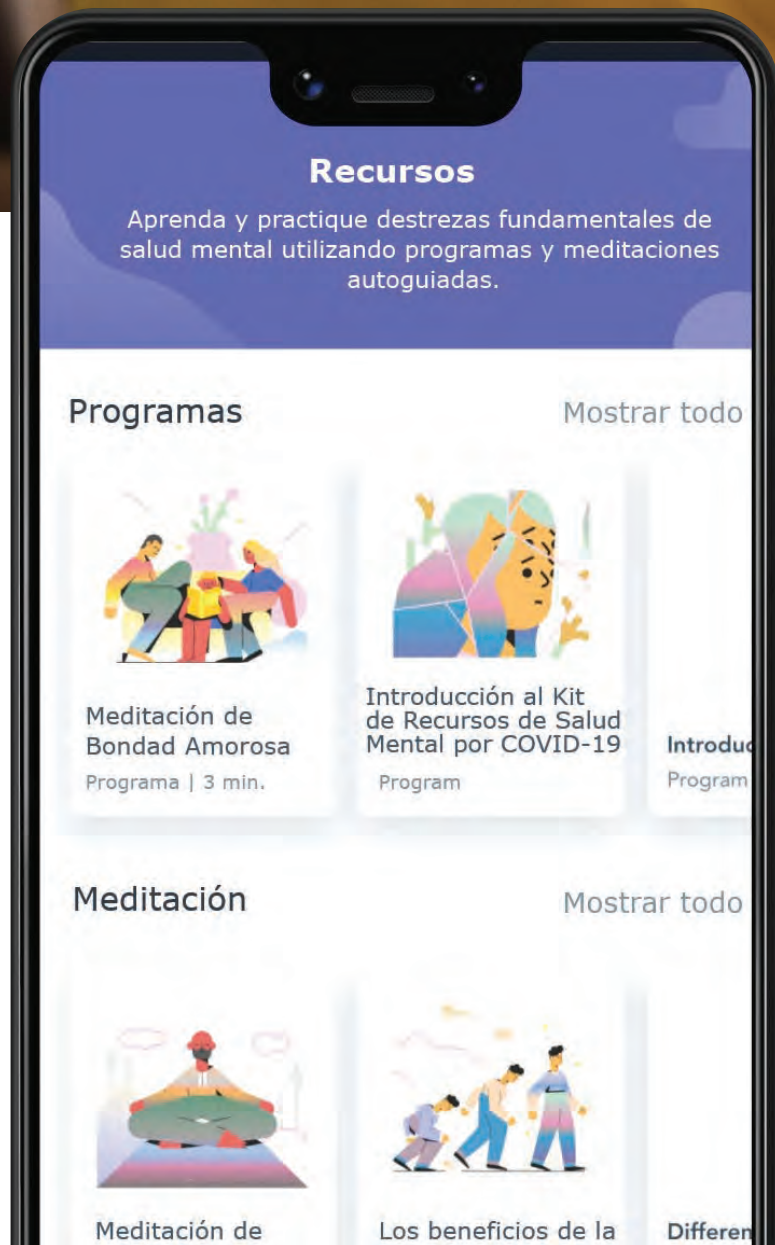
#### FSA de Propósito Limitado

- Anteojos o lentes de contacto
- Copagos por servicios odontológicos u oftalmológicos
- Ortodoncia

Para obtener una lista completa de los gastos elegibles, visite [irs.gov/publications](https://irs.gov/publications) y encuentre la Publicación 969.



# Salud mental, adaptada para usted.



¡Bienvenido a su recurso para la salud mental y el bienestar! La plataforma Modern Health le conecta con todo tipo de recursos para ayudarlo con todo tipo de factores de estrés.

Usted y sus dependientes elegibles pueden aprovechar:

**8** sesiones privadas de entrenamiento a través de videollamadas dentro de la aplicación y mensajes de texto ilimitados con los instructores seleccionados

**8** sesiones de terapia presenciales o virtuales, según sea necesario

**24/7** acceso a una biblioteca digital de programas y meditaciones guiadas

Más información en [modernhealth.com](https://modernhealth.com)

## EAP/Servicios para la vida personal/laboral

Todo el mundo necesita un poco de ayuda de vez en cuando. Quizá le sorprenda saber que Modern Health le apoyará en una amplia gama de asuntos o servicios personales, entre los que se incluyen los siguientes:

### Servicios para la vida diaria

¿Necesita ayuda con las reparaciones del hogar? ¿Está planeando un evento o unas vacaciones? Modern Health le confirmará la disponibilidad, los servicios y los precios de las empresas/consultores para que pueda tomar una decisión informada.

### Cuidado de niños, tutoría y ayuda para el cuidado de ancianos

Encontrar los recursos adecuados para un niño o un adulto mayor puede ser un reto. Modern Health le ayudará a encontrar el tipo de ayuda que necesita para el cuidado de los niños o los ancianos de su vida, dándole los nombres y números de teléfono de prestadores dentro de su área.

### Servicios jurídicos

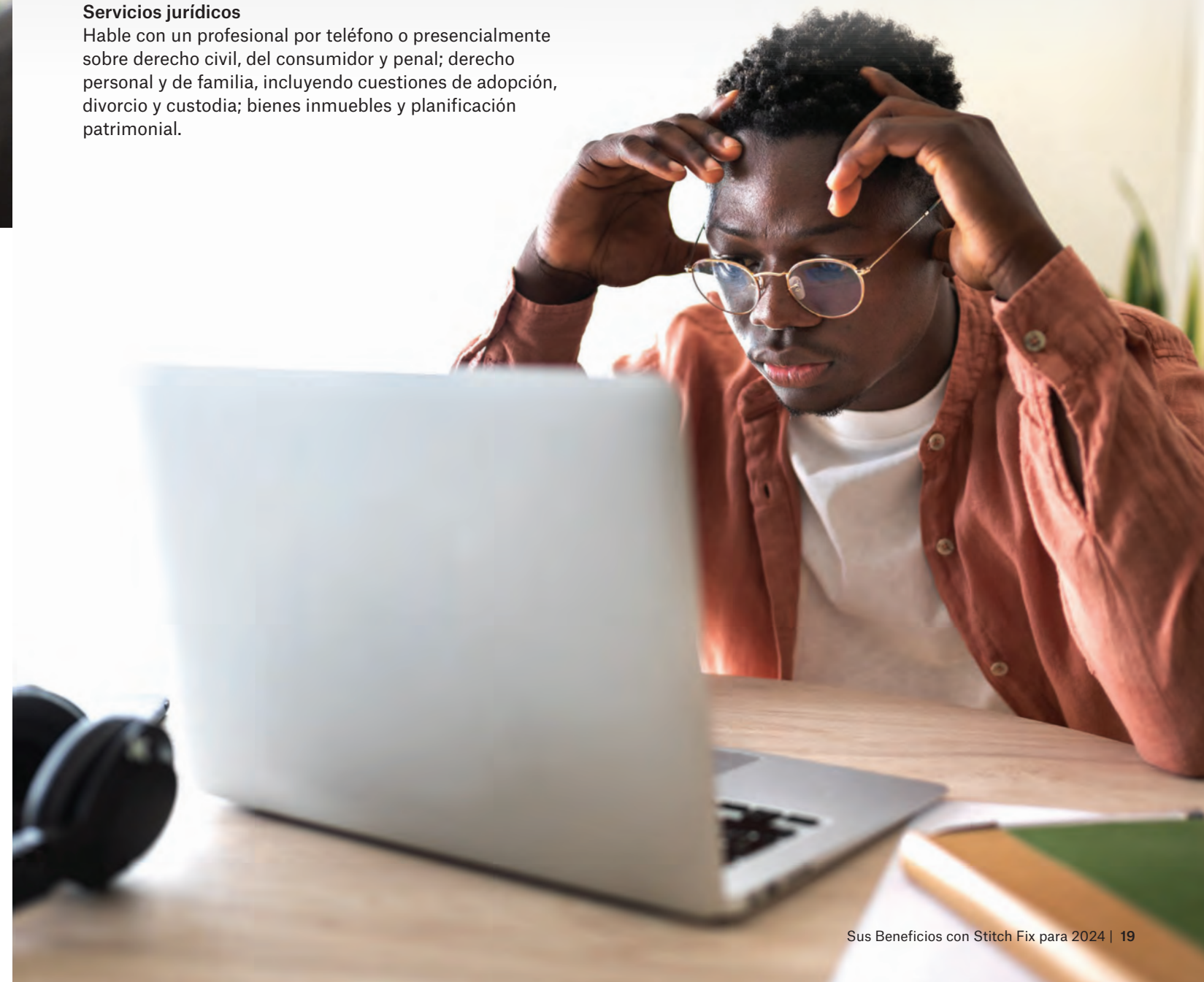
Hable con un profesional por teléfono o presencialmente sobre derecho civil, del consumidor y penal; derecho personal y de familia, incluyendo cuestiones de adopción, divorcio y custodia; bienes inmuebles y planificación patrimonial.

## Servicios financieros

Hable con un asesor sobre presupuestos, cuestiones crediticias y financieras (asesoramiento sobre inversiones, préstamos, etc.) y planificación de la jubilación.

## Servicios de recuperación en caso de robo de identidad

Modern Health le dará información sobre la prevención del robo de identidad. Si le roban la identidad, le pondrán en contacto con un especialista en resolución de fraudes que podrá ayudarlo.





# Plan odontológico

## Opciones

Agregue cobertura odontológica a su lista de necesidades esenciales, ya que el cuidado odontológico es una parte importante de su salud general. Nuestros planes odontológicos ayudan a mantener la salud de su sonrisa mediante una atención odontológica preventiva regular y ofrecen cobertura para solucionar los problemas en cuanto se producen. Revise sus opciones de plan odontológico para determinar cuál es el mejor para usted y su familia.

### Plan odontológico PPO

Con el plan odontológico PPO, puede acudir a cualquier odontólogo de su elección. Tenga en cuenta que obtendrá el mejor precio y recibirá la mayor cobertura cuando utilice un prestador dentro de la red. Si visita a un prestador fuera de la red, no se beneficiará con aranceles negociados y pagará más de su bolsillo por los servicios.

	Plan PPO básico		Plan PPO mejorado	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Deducible</b>				
Individual	\$100	\$200	\$50	
Familiar	\$300	\$600	\$150	
<b>Máximo anual</b>	\$1,500	\$1,500	\$2,500	
Servicios de prevención y diagnóstico (p.ej., limpiezas, tratamientos con flúor, selladores y radiografías)	0%		0%	
Servicios básicos (p.ej., empastes, periodoncia, raspado, alisado radicular y cirugía bucal)	20% después del deducible	40% después del deducible	10% después del deducible	20% después del deducible
Servicios mayores (p.ej., coronas, puentes, prótesis dentales completas y parciales)	50% después de deducible		40% después del deducible	50% después del deducible
<b>Ortodoncia</b>				
Cobertura	Hijo(s) solo hasta los 19 años; <b>no hay cobertura para adultos</b>		Adulto(s) e hijo(s)	
	50%		50%	
Máximo de por vida	\$1,500		\$2,500	

En el caso de los servicios prestados por un odontólogo fuera de la red, Cigna Dental reembolsará según el cargo máximo reembolsable (MRC). El MRC se calcula en el percentil 90 de todos los montos permitidos a los prestadores en la zona geográfica. El odontólogo puede facturar el saldo hasta llegar a sus aranceles habituales.

Sus deducciones de nómina quincenales para este plan:	PPO básico	PPO mejorado
Solo Empleado	\$1.65	\$6.36
Empleado + cónyuge/pareja de hecho**	\$6.60	\$21.18
Empleado + hijo(s)	\$7.42	\$23.83
Empleado + familia	\$10.72	\$34.42

\*\*Si usted elige cubrir a una pareja de hecho, pagará el impuesto sobre la renta y el Seguro Social por la parte de la prima del seguro que Stitch Fix aporta a la cobertura de su pareja.

**Los planes odontológicos y oftalmológicos no emiten credenciales físicas.** Su prestador puede verificar su elegibilidad utilizando su nombre e información personal como el número del seguro social o la fecha de nacimiento y nuestro número de grupo.

# Plan oftalmológico

## Opciones

¡Los ojos lo tienen! Mantenga su visión clara y sus ojos en buena salud con exámenes oculares regulares. Para ayudarle a gestionar su salud, le ofrecemos cobertura oftalmológica a través de VSP. Con este plan, usted puede recurrir al profesional oftalmológico de su elección. Sin embargo, cuando utiliza un prestador participante de VSP, usted obtiene el mejor precio, recibe niveles más altos de cobertura y disfruta del mejor descuento en sus gafas de moda.

	Red VSP Choice - plan básico	Red VSP Choice - plan mejorado
<b>Copagos</b>		
Examen oftalmológico	\$0 de copago	\$0 de copago
Materiales oftalmológicos	\$25 de copago	\$0 de copago
<b>Frecuencia del beneficio</b>		
Exámenes	Cada 12 meses	Cada 12 meses
Cristales	Cada 24 meses	Cada 12 meses
Armazones	Cada 24 meses	Cada 12 meses
Lentes de contacto	0%	0%
<b>Servicios cubiertos</b>		
Armazones	\$150 de asignación para una amplia variedad de armazones; 20% de ahorro en el monto que sobrepasa su asignación	\$200 de asignación para una amplia variedad de armazones; 20% de ahorro en el monto que sobrepasa su asignación
Cristales (monofocales, bifocales con línea divisoria y trifocales con línea divisoria)	Incluido en gafas graduadas Recubrimiento antirreflectante \$30 de copago	Incluido en gafas graduadas Recubrimiento antirreflectante \$30 de copago
Lentes de contacto (en lugar de gafas)	\$150 de asignación Hasta \$60 de copago por adaptación y evaluación	\$200 de asignación Hasta \$60 de copago por adaptación y evaluación
Lentes de contacto (médicamente necesarios)	\$25 de copago	\$0 de copago

Sus deducciones de nómina quincenales para este plan:	VSP básico	VSP mejorado
Solo Empleado	\$0.42	\$0.52
Empleado + cónyuge/pareja de hecho**	\$1.43	\$1.87
Empleado + hijo(s)	\$1.46	\$1.91
Empleado + familia	\$2.35	\$3.08

\*\*Si usted elige cubrir a una pareja de hecho, pagará el impuesto sobre la renta y el Seguro Social por la parte de la prima del seguro que Stitch Fix aporta a la cobertura de su pareja.

Los miembros de **LightCare** que no necesiten gafas graduadas pueden utilizar su beneficio LightCare para adquirir gafas de filtro de luz azul o gafas de sol sin graduación ya preparadas, y no recetadas. Al seleccionar esta opción, se agotarán los beneficios de armazón y cristales.

**Precios y descuentos especiales de Walmart y Sam's Club:** Además de otras cadenas minoristas asociadas como Costco o Visionworks, ahora también estarán disponibles en Walmart y Sam's Club. Infórmese directamente con su local de Walmart o Sam's Club para obtener más detalles.

**Progresivos estándar:** Todos los cristales progresivos estándar (progresivos de categoría "K") estarán cubiertos en su totalidad. Además, también se incluirá Ethos, un nuevo cristal progresivo digital que aprovecha la nueva tecnología para obtener una mayor precisión y un período de ajuste más rápido.



# Planifique para

# lo inesperado

Los gastos mensuales, como pagos de hipoteca, costos de alimentos y servicios públicos, continúan incluso si usted está lesionado o enfermo y no puede trabajar. **¡Por eso, Stitch Fix le inscribe automáticamente en la cobertura de discapacidad y SIN COSTO alguno para usted!**

Si usted experimenta una lesión o una enfermedad que le impide trabajar, la cobertura de incapacidad le proporciona un reemplazo parcial de ingresos para ayudarlo financieramente. Empiece por informarse sobre las licencias y los programas que le ayudarán financieramente.

LeaveLogic es una herramienta confidencial de planificación de licencias que le facilita la planificación, el goce y el regreso de una licencia. Comience a planificar su licencia en [stitchfix.leavelogic.com](https://stitchfix.leavelogic.com).

## ¿Necesita ausentarse del trabajo por un tiempo

### prolongado?

#### Considere tomarse una licencia.

Comience a planificar su licencia con LeaveLogic y encuentre toda la información que necesita en un LeavePlan fácil y confidencial, solo para usted. Con LeaveLogic, usted puede navegar por sus beneficios de licencia, planificar un escenario completo de licencia y obtener orientación paso a paso para lo que sigue.

Sea que esté planeando un tiempo libre o queriendo conocer sus opciones, comience su viaje de licencia ahora con apoyo personalizado y respuestas confidenciales a sus principales preguntas sobre la licencia.

### Seguro de discapacidad a corto plazo (STD)

¡Stitch Fix le ofrece un reemplazo de ingresos **GRATUITO** cuando más lo necesite! El seguro de discapacidad a corto plazo (STD) le proporciona una parte de sus ingresos si no puede trabajar debido a una enfermedad o lesión no relacionada con el trabajo. Los beneficios de STD pueden compensarse con los beneficios que reciba de los planes de discapacidad exigidos por el estado en California, Connecticut, Massachusetts, Nueva Jersey, Nueva York, Rhode Island o el Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

Porcentaje de ingresos de STD	66 2/3%
Máximo semanal	\$3,500
Período de eliminación	7 días
Duración máxima	12 semanas

### Seguro de discapacidad a largo plazo (LTD)

En el caso de lesiones y enfermedades prolongadas más allá del período de discapacidad a corto plazo, Stitch Fix sigue proporcionando un reemplazo de ingresos **GRATUITO**. El seguro de discapacidad a largo plazo le paga una parte de sus ingresos si no puede trabajar durante un tiempo prolongado debido a una enfermedad o lesión discapacitante.

Porcentaje de ingresos de LTD	66 2/3%
Máximo mensual	\$15,000
Período de eliminación	90 días
Duración máxima	Hasta los 65 años de edad

# Planifique su futuro

Cada familia es diferente, por lo que los beneficios de la formación de la familia también deben ser únicos para usted. Ya sea que necesite servicios de adopción, subrogación, congelación y almacenamiento de óvulos o embriones, o simplemente un experto que le guíe a través de sus opciones y procesos, Carrot es su recurso.

#### Carrot proporciona:

- Contenido educativo para ayudarlo a entender sus opciones.
- Tutoriales en video para procedimientos comunes como inyecciones
- Ayuda para localizar la clínica adecuada para usted
- Acceso a los expertos de Carrot que pueden responder sus preguntas
- Y mucho más

Usted también tiene acceso a Carrot Pregnancy, que ofrece acceso virtual a médicos, doulas y comadronas, así como a expertos en bienestar emocional para ayudarlo a mantenerse sana durante todo el embarazo y prepararse para el parto.

Inscríbese en [get-carrot.com/signup](https://get-carrot.com/signup)

### Su cobertura Carrot de Stitch Fix

#### Cobertura para todos

Todos los empleados, sus parejas y cónyuges son elegibles para utilizar los fondos, independientemente de su orientación sexual, identificación de género, estado civil, raza o edad, hasta un máximo de \$5,000 de beneficio de por vida.

#### Tipos de servicios cubiertos\*

- Consulta inicial de fertilidad
- Examen de fertilidad de base
- Análisis de semen
- Pruebas de laboratorio y diagnósticos
- Recogida de óvulos/ciclo
- Congelación de esperma
- Congelación de óvulos/embriones
- Fecundación in vitro (FIV)
- Inseminación intrauterina (IIU)
- Adquisición de semen de donantes
- Adquisición de óvulos de donantes
- Almacenamiento
- Envío y transporte de materiales
- Servicios de la agencia de adopción
- Cáncer y fertilidad
- Diabetes y fertilidad
- Pruebas genéticas de embriones
- Apoyo en etapa menopáusica
- Apoyo con nivel bajo de testosterona

\*El reembolso no requiere un diagnóstico médico de infertilidad. No obstante, los servicios deben prestarse en una clínica de endocrinología reproductiva. Las clínicas elegibles pueden ser localizadas en la plataforma de Carrot en línea.



## ¿Gastos

## médicos

## inesperados?

## Lo tenemos

## cubierto.

Nuevo para 2024, **Los seguros de enfermedades críticas, accidentes e indemnización hospitalaria** pueden ayudar a cubrir costos médicos y no médicos inesperados en caso de que usted o un ser querido tuviesen un problema serio de salud. Estos planes no son un seguro médico; más bien, suplementan lo que cubre su seguro médico al pagarle un beneficio en efectivo de suma global en caso de una enfermedad cubierta, accidente u hospitalización.

**Elija uno, dos o los tres planes, lo que le resulte más conveniente.**



### Seguro de enfermedades críticas

Este seguro paga un beneficio fijo de suma global en caso de padecer una enfermedad crítica, como ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, parálisis y más. Usted puede elegir:

<b>Montos de cobertura de empleado</b>	Elija \$10,000, \$20,000 o \$30,000
<b>Cobertura de dependiente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cónyuge: Elija \$10,000, \$20,000, \$30,000 por hasta el 100% del monto de empleado</li> <li>• Los hijos reciben el 50% de la cobertura de empleado</li> </ul>
<b>Examen de salud</b>	\$50 por año calendario

Se le pagará un porcentaje del monto de la cobertura que elija, dependiendo de su diagnóstico. Por ejemplo, si le diagnostican cáncer, ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, enfermedad de Parkinson o insuficiencia de un órgano mayor, usted recibirá el 100% del beneficio. No obstante, por cáncer de piel se le pagará 5% y por enfermedad de las arterias coronarias, 50%.

Estos beneficios se pagan directamente a usted y pueden usarse para lo que desee, por ejemplo:

- Deducibles médicos
- Medicamentos con receta
- Gastos de transporte
- Cuidado de hijos
- Gastos cotidianos

Su prima se basa en su edad y en el monto de cobertura que elija. Su monto por cheque de paga se mostrará cuando se inscriba en Workday. Para conocer la lista completa de enfermedades, beneficios y primas consulte el documento del plan.

### Seguro de accidentes

A nadie le gusta pensar en la posibilidad de un accidente, pero la probabilidad, así como el caos que puede causar para las familias, es muy real. Ya sea que se trata de un accidente automotor, lesiones deportivas o el inevitable resbalón y caída, un accidente puede provocar no solo dificultades en la vida diaria sino también problemas económicos tangibles.

He aquí algunos ejemplos que muestran el beneficio que recibiría si como consecuencia de un accidente cubierto, usted sufre alguna de las siguientes cosas:

<b>Fractura</b>	Hasta \$5,000 (no quirúrgica)/ \$10,000 (quirúrgica)
<b>Quemaduras</b>	\$1,280-\$10,240, dependiendo de la gravedad
<b>Tratamiento de emergencia</b>	\$165
<b>Admisión hospitalaria</b>	\$1,025 por admisión
<b>Admisión en UCI hospitalaria</b>	\$1,550
<b>Ambulancia terrestre</b>	\$410
<b>Fisioterapia</b>	\$52.50 por sesión, hasta 12 sesiones
<b>Examen de salud</b>	\$50 por año calendario

### Sus deducciones de nómina quincenales para este plan:

Solo Empleado	\$2.96
Empleado + cónyuge/pareja de hecho	\$5.03
Empleado + hijo(s)	\$6.02
Empleado + familia	\$8.12

### Seguro de indemnización hospitalaria

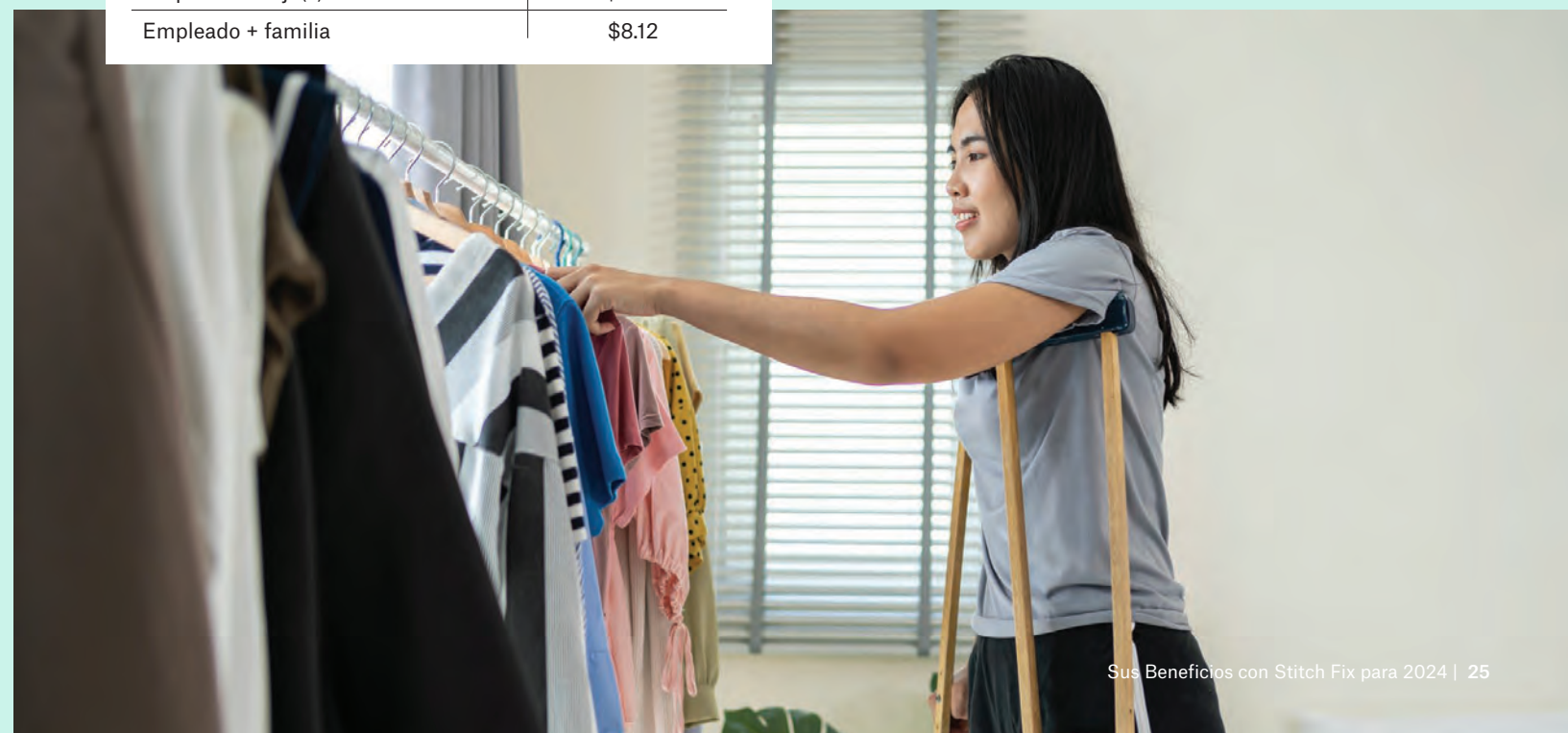
El seguro de indemnización hospitalaria paga un beneficio diario si usted tiene una estancia cubierta en un hospital o unidad de cuidados críticos. El monto del beneficio se determina según el tipo de establecimiento y el número de días de su estancia.

<b>Admisión hospitalaria</b>	\$1,100 por admisión (4 por año calendario)
<b>Admisión en UCI (si es adicional a la admisión hospitalaria)</b>	\$2,000 por admisión (1 por año calendario)
<b>Confinamiento hospitalario diario</b>	\$110 por día, hasta un máximo de 365 días por año calendario
<b>Confinamiento en unidad de cuidados intensivos hospitalaria</b>	\$210 por días, hasta un máximo de 365 días por año calendario
<b>Examen de salud</b>	\$50 por año calendario

Consulte más detalles en el documento del plan.

### Sus deducciones de nómina quincenales para este plan:

Solo Empleado	\$7.58
Empleado + cónyuge/pareja de hecho	\$12.65
Empleado + hijo(s)	\$10.89
Empleado + familia	\$15.84







# Tómelo en el camino

## Beneficios para traslado al trabajo

Los empleados pueden utilizar dólares antes de impuestos para pagar los gastos de estacionamiento o de transporte público mientras se trasladan al trabajo. La participación en el programa de beneficios para traslado al trabajo es voluntaria y se realiza mes a mes.

### Transporte o tránsito público

- Utilícelo para: Pases mensuales, fichas, tarjetas/vales de transporte (gastos de transporte y de furgonetas compartidas)
- Aportes: \$280 mensuales como máximo

### Estacionamiento

- Utilícelo para: Tarifas asociadas al estacionamiento en o cerca de su lugar de trabajo o al estacionamiento cerca del transporte público (estacionamiento en una estación de autobús o de metro).
- Aportes: \$315 mensuales como máximo\*

Realice o cancele su pedido mensual antes del día 20 del mes en curso para utilizarlo en el siguiente mes calendario.

Tenga en cuenta que los gastos de tránsito no son elegibles para el reembolso mediante un reclamo. Deberá solicitar una tarjeta de débito Navia o pedir que Navia cargue su dinero directamente en la tarjeta de su agencia de transporte elegible.

Inscríbese en [naviabenefits.com](https://naviabenefits.com)

\*Esta guía se publicó antes del anuncio del IRS. Ingrese en [irs.gov](https://irs.gov) para conocer los porcentajes de aporte en vigor.

## Beneficios de los viajes de negocios

### Accidente de viaje de negocios (BTA) de AIG

El plan AIG Business Travel Accident (BTA) lo paga el 100% Stitch Fix. Tanto para viajes de negocios nacionales como internacionales, el plan BTA ofrece:

- Cobertura de accidentes
- Asistencia 24/7 por pérdida/robo de equipaje
- Asistencia 24/7 por pérdida de pasaporte/documentos de viaje
- Asistencia 24/7 en caso de robo de identidad
- Asistencia 24/7 de seguridad



# Derroches inteligentes para el futuro

## Plan de jubilación 401(k)

Prepararse para la jubilación forma parte de una planificación financiera inteligente. Stitch Fix ofrece un plan 401(k) a través de Charles Schwab para ayudarle a empezar a ahorrar ahora. Charles Schwab ofrece una variedad de opciones de inversión para hacer crecer sus ganancias.

### Elegibilidad

Si tiene 21 años o más de edad, usted es elegible para participar en el plan 401(k) en la fecha de su contratación y es elegible para el aporte de equiparación de la compañía después un año de empleo y 1,000 horas trabajadas dentro del periodo de 12 meses de su aniversario.

Cuando sea elegible, puede inscribirse en el Plan 401(k), designar beneficiarios y asignar su distribución de activos en cualquier momento. No es necesario esperar a la inscripción anual para hacer cambios.

Los aportes personales a su plan 401(k) son antes de impuestos y se añaden a su cuenta cómodamente a través de deducciones de nómina.

### Ventajas del plan Roth 401(k)

Los aportes tradicionales al plan 401(k) son antes de impuestos, por lo que usted no pagará impuestos hasta que retire el dinero durante la jubilación.

Las distribuciones del plan Roth 401(k) son después de impuestos, por lo que usted paga impuestos durante el año cuando hace aportes, pero no paga impuestos cuando retira los fondos durante el retiro. Los fondos crecen libres de impuestos en una cuenta Roth.

Aunque puede elegir realizar aportes tanto a un 401(k) tradicional como a un Roth 401(k), solo puede aportar un total combinado de \$23,000 al año.

Si tiene 50 años o más, puede hacer aportes "de nivelación" de hasta \$7,500 al año. No es necesario hacer una elección separada para aportar fondos adicionales "de nivelación". Sus aportes simplemente continuarán hasta que alcance el límite anual de "nivelación".

### Ahorre para la jubilación como un profesional

- Empiece a ahorrar cuanto antes.
- Comience con pequeños aportes y aumentelos con el tiempo.
- Aproveche el aporte de equiparación de la compañía.
- Sepa que el rendimiento de las inversiones puede fluctuar.
- Deje que se siente. Evite las penalidades dejando los fondos en su 401(k) hasta la jubilación.
- Si cambia de trabajo, puede traspasar su cuenta de jubilación.

### Aporte de equiparación de Stitch Fix

Después de un año de empleo y 1,000 horas trabajadas dentro del lapso de 12 meses, Stitch Fix equipará el 100% de su salario, por hasta 4%. Los aportes de equiparación se depositan en cada período de pago, se perfeccionan de inmediato y se basan en los ingresos en cada período de pago.

Lleve un registro de su plan 401(k)

Teléfono de Charles Schwab:  
800-724-7526

Sitio web:  
[workplace.schwab.com](https://workplace.schwab.com)

## Otras ventajas

### Encontrar una guardería

Todos los empleados que utilizan Navia disponen de un recurso gratuito llamado Kinside para ayudar a encontrar una guardería. Kinside es gratuito para todos los miembros de Navia y se puede acceder a esta herramienta a través de su cuenta de Navia y en Kinside en [kinside.com/navia](https://kinside.com/navia), en ambos casos utilizando el inicio de sesión de Navia.

- Base de datos nacional: La base de datos nacional puede filtrarse por tipo de programa, disponibilidad, código de área, etc.
- Seguridad y calidad: Acceso a los informes completos de autorización e inspección de los centros de atención diaria y de preescolar para lograr la máxima transparencia.
- Pagos de matrícula en línea: El portal de pago fácil le permite pagar la totalidad de la matrícula en línea.
- Ahorro: El ahorro puede incluir descuentos de entre 5% y 20% en la matrícula, y la exención de las tarifas de solicitud en miles de centros de todo Estados Unidos.

### Descuentos

¡Stitch Fix se complace en ofrecer PerkSpot, una ventanilla única para obtener descuentos exclusivos en muchos de sus comercios nacionales y locales favoritos!

¡PerkSpot es completamente gratuito! Disfrute del acceso a miles de descuentos en docenas de categorías, actualizados diariamente.

Visite [stitchfix.perkspot.com](https://stitchfix.perkspot.com)



# Encuentre también la protección correcta



Stitch Fix ofrece un seguro de vida y AD&D GRATIS para los días de lluvia inesperados. Con esta importante cobertura, sus seres queridos podrán contar con su seguridad financiera durante la tormenta.

## Seguro de vida y muerte accidental y pérdida de miembros (AD&D)

El seguro de vida y de muerte accidental y pérdida de miembros (AD&D) le proporciona seguridad financiera a usted y a su familia si usted fallece o sufre lesiones graves.

## Seguro básico de vida y AD&D

¡Stitch Fix ofrece un seguro básico de vida y un seguro básico AD&D de forma GRATUITA! Recibe un seguro básico de vida y un seguro básico de AD&D equivalente a dos veces sus ingresos anuales (redondeados hacia arriba hasta los \$1,000 más cercanos) hasta un máximo de \$1,000,000.

Cuando la cobertura supera los \$50,000, el valor (determinado por el IRS) debe incluirse como ingreso y estará sujeto a los impuestos del Seguro Social y Medicare, que pueden reflejarse en su cheque de paga.

## Seguro complementario de vida y AD&D

Usted puede adquirir cobertura de seguro complementario de vida y AD&D a aranceles grupales más bajos. Debe elegir cobertura para usted para poder elegir cobertura para su cónyuge/pareja de hecho o hijo(s).

¿Cuántos seguros complementarios de vida y AD&D necesito? Considere esto:

1. ¿Cuánto necesitarán sus dependientes para pagar deudas, como una hipoteca, un préstamo de auto o saldos de tarjetas de crédito?
2. ¿Cuánto necesitan sus dependientes para mantener su nivel de vida actual?
3. ¿Qué tipo de futuro le gustaría proporcionar a sus dependientes u otras personas que dependen de usted como apoyo financiero?

Opciones de seguro complementario de vida y AD&D*			
	Empleado	Cónyuge/pareja de hecho	Hijo(s) dependiente(s) (desde nacimiento con vida hasta los 26 años)
Opciones de cobertura	1, 2 o 3 veces su salario anual	Incrementos de \$5,000	Incrementos de \$2,000
Máximo	\$1,000.00	\$600,000 (no puede exceder el 50% de la cobertura de empleado)	\$10,000
Monto de emisión garantizada	\$400,000	\$20,000	
Período de emisión garantizada	Dentro de los 30 días de la elegibilidad para los beneficios o de un evento de vida habilitante		

\* Podría requerirse una constancia de asegurabilidad (EOI).

## Seguro complementario de vida y AD&D primas de seguros

Empleado y cónyuge/pareja de hecho		Hijo(s)
Costo por \$1,000 de cobertura		
Menos de 24 años	\$0.050	\$0.1768
25-29	\$0.045	
30-34	\$0.071	
35-39	\$0.090	
40-44	\$0.100	
45-49	\$0.150	
50-54	\$0.230	
55-59	\$0.345	
60-64	\$0.586	
65-69	\$0.908	
70-74	\$1.674	
75 años o más	\$2.060	

Prima del seguro AD&D	
Costo por \$1,000 de cobertura	
Empleado	\$0.021

# Pague el precio correcto



Para que la cobertura de atención médica sea asequible, Stitch Fix paga la mayor parte de las primas médicas, odontológicas y oftalmológicas para usted y sus dependientes. A continuación, se muestran sus deducciones quincenales de nómina para la cobertura médica, odontológica y oftalmológica, en base a 26 períodos de pago:

## Recibo

Elija sus aportes médicos	Cigna HDHP (c/ HSA)	Cigna LocalPlus*	Cigna EPO	Cigna PPO	Kaiser HMO (solo CA)	Kaiser HMO (solo GA)
Solo Empleado	\$0.00	\$31.30	\$40.85	\$102.55	\$34.72	\$31.02
Empleado + cónyuge/pareja de hecho**	\$118.70	\$130.85	\$170.74	\$300.07	\$152.77	\$136.46
Empleado + hijo(s)	\$105.64	\$116.45	\$151.96	\$267.05	\$138.88	\$124.05
Empleado + familia	\$168.11	\$185.32	\$241.82	\$424.99	\$208.32	\$186.09

\*LocalPlus solo está disponible en algunos lugares. Confirme la disponibilidad en su zona antes de inscribirse.

Elija sus aportes odontológicos	PPO básico	PPO mejorado
Solo Empleado	\$1.65	\$6.36
Empleado + cónyuge/pareja de hecho**	\$6.60	\$21.18
Empleado + hijo(s)	\$7.42	\$23.83
Empleado + familia	\$10.72	\$34.42

Elija sus aportes al plan oftalmológico	VSP básico	VSP mejorado
Solo Empleado	\$0.42	\$0.52
Empleado + cónyuge/pareja de hecho**	\$1.43	\$1.87
Empleado + hijo(s)	\$1.46	\$1.91
Empleado + familia	\$2.35	\$3.08

Nota: Los aportes son por período de pago (quincenal). Los aportes médicos, odontológicos y oftalmológicos se deducen antes de impuestos.

\*\*Si usted elige cubrir a una pareja de hecho, pagará el impuesto sobre la renta y el Seguro Social por la parte de la prima del seguro que Stitch Fix aporta a la cobertura de su pareja.

Extras	
HSA, FSA, atención de dependientes, etc.	Su elección
Seguro complementario de vida y AD&D	Su elección
Aportes al 401(k)	Su elección
Seguros de enfermedades críticas, accidentes o indemnización hospitalaria	Su elección
Cobertura de discapacidad STD y LTD	¡GRATIS!
Seguro básico de vida y AD&D	¡GRATIS!
Salud mental de Modern Health	¡GRATIS!
PerkSpot	¡GRATIS!

## ¿Cuál es el total?

\$ 1.530 (por período de pago)





# ¿Tiene alguna pregunta sobre su opción?

## Equipo de beneficios de Stitch Fix

Estamos aquí para ayudarle a entender cómo funcionan sus beneficios para usted y/o su familia. Un profesional de los beneficios puede responder a preguntas sobre sus beneficios médicos, odontológicos, oftalmológicos, de vida/AD&D, discapacidad, enfermedades críticas, accidentes e indemnización hospitalaria, así como a preguntas sobre reclamos y cobertura.

Póngase en contacto con su Equipo de Beneficios de Stitch Fix en [askbenefits@askus.stitchfix.com](mailto:askbenefits@askus.stitchfix.com)

También puede contactarse con el asesor en beneficios al 888-246-6680 o programar una cita personal en [employeeconnects.com/stitchfix](https://employeeconnects.com/stitchfix).

## Cuando se ponga en contacto con el equipo de beneficios, tenga a mano los siguientes datos:

- Su nombre y número de identificación que figura en su credencial del seguro
- Nombre de su(s) dependiente(s) (si procede)
- La fecha del servicio en cuestión
- Su número de teléfono durante el día

# Contactos

Beneficio	Prestador	Número de grupo/plan	Teléfono	Sitio web/correo electrónico
Equipo de beneficios de Stitch Fix			415-882-7765	<a href="mailto:askbenefits@askus.stitchfix.com">askbenefits@askus.stitchfix.com</a>
Equipo de Asesores en Beneficios			888-246-6680	<a href="https://employeeconnects.com/stitchfix">employeeconnects.com/stitchfix</a>
Apoyo a las decisiones del plan de salud	Pregunte a ALEX	N/A		<a href="https://myalex.com/stitchfix/home">myalex.com/stitchfix/home</a>
Planes médicos	Cigna	3343874	800-244-6224	<a href="https://mycigna.com">mycigna.com</a>
	Kaiser	CA: 604866 GA: 10500	800-464-4000 888-865-5813	<a href="https://kp.org">kp.org</a>
Visitas virtuales	MDLIVE (Cigna)	3343874	888-726-3171	<a href="https://mi.cigna.com">mi.cigna.com</a>
	Kaiser	CA: 604866	800-464-4000	<a href="https://kp.org/mydoctor/videovisits">kp.org/mydoctor/videovisits</a>
Cuenta de ahorro para gastos médicos (HSA)	HealthEquity	N/A	866-346-5800	<a href="https://theequity.com/stitchfix">theequity.com/stitchfix</a>
Cuentas de gastos flexibles (FSA)	Navia Benefit Solutions	SFX	800-669-3539	<a href="https://naviabenefits.com">naviabenefits.com</a>
Cuenta de gastos de traslado	Navia Benefit Solutions	SFX	800-669-3539	<a href="https://naviabenefits.com">naviabenefits.com</a>
Salud mental	Modern Health			<a href="mailto:help@modernhealth.com">help@modernhealth.com</a>
Plan odontológico	Cigna	3343874	800-244-6224	<a href="https://mi.cigna.com">mi.cigna.com</a>
Plan oftalmológico	VSP	30059497	(800) 877-7195	<a href="https://vsp.com">vsp.com</a>
Seguro de Vida y AD&D	Reliance Standard	Básico: GL162732 Complementario: GL162733	800-351-7500	<a href="https://rsl.com">rsl.com</a>
LeavePlan personalizado	LeaveLogic			<a href="https://stitchfix.leavelogic.com">stitchfix.leavelogic.com</a>
Seguro de discapacidad	Reliance Standard	STD: STD167860 LTD: LTD132274	877-202-0055	<a href="https://matrixabsence.com">matrixabsence.com</a>
Seguro de enfermedades críticas	Reliance Standard	886752	877-202-0055	<a href="https://matrixabsence.com">matrixabsence.com</a>
Seguro de accidentes	Reliance Standard	886751	877-202-0055	<a href="https://matrixabsence.com">matrixabsence.com</a>
Seguro de indemnización hospitalaria	Reliance Standard	886753	877-202-0055	<a href="https://matrixabsence.com">matrixabsence.com</a>
Beneficios de la planificación familiar	Carrot	N/A		<a href="mailto:support@get-carrot.com">support@get-carrot.com</a> <a href="https://get-carrot.com/signup">get-carrot.com/signup</a>
Plan 401(k)	Charles Schwab	102826	800-724-7526	<a href="https://workplace.schwab.com">workplace.schwab.com</a>
Plataforma de beneficios corporativos	PerkSpot	N/A		<a href="https://stitchfix.perkspot.com">stitchfix.perkspot.com</a>

Esta guía proporciona una descripción general del programa de beneficios. No pretende ser una descripción completa de los beneficios ni un resumen oficial de las descripciones de los planes de estos programas. Si hay un conflicto entre esta guía y los documentos oficiales del plan, regirán los documentos del plan. Stitch Fix se reserva el derecho de modificar o cancelar cualquiera de los beneficios descritos en cualquier momento y por cualquier motivo. Las descripciones de estos beneficios no son garantías de empleo o beneficios actuales o futuros. Para obtener información sobre los planes específicos disponibles para usted, póngase en contacto con People & Culture.

Esta comunicación destaca algunos de sus planes de beneficios de Stitch Fix. Sus derechos y beneficios reales se rigen por los documentos oficiales del plan.

Si existe alguna discrepancia entre esta comunicación y los documentos oficiales del plan, prevalecerán los documentos del plan. Stitch Fix se reserva el derecho de cambiar cualquier plan de beneficios sin previo aviso. Los beneficios no son una garantía de empleo.



# Avisos anuales

## Asistencia para el pago de primas bajo Medicaid y el Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para la cobertura de salud de su empleador, es posible que su estado cuente con un programa de asistencia para el pago de primas que puede ayudar a pagar la cobertura, usando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, usted no será elegible para estos programas de asistencia para el pago de primas pero es posible que pueda contratar cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros de Salud. Para más información, visite [healthcare.gov](https://healthcare.gov).

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y usted vive en uno de los Estados que se mencionan a continuación, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su Estado para averiguar si hay disponible asistencia para el pago de primas.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y cree que usted o alguno de sus dependientes podría ser elegible para cualquiera de estos programas, póngase en contacto con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado o marque el 1-877-KIDS NOW o ingrese en [insurekidsnow.gov](https://insurekidsnow.gov) para averiguar cómo solicitarlo. Si usted califica, pregunte a su estado si tiene un programa que pueda ayudarlo a pagar las primas de un plan patrocinado por un empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir la asistencia para el pago de primas de Medicaid o CHIP, y también son elegibles en el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en su plan si usted todavía no lo estuviera. Esto se llama oportunidad de “inscripción especial” **y usted debe solicitar cobertura dentro de los 60 días después de haberse determinado su elegibilidad para recibir asistencia para el pago de primas.** Si tiene preguntas sobre la inscripción en el plan de su empleador, póngase en contacto con el Departamento de Trabajo en [askebsa.col.gov](https://askebsa.col.gov) o llame al 1-866-444-EBSA (3272).

Si vive en uno de los siguientes estados, usted podría ser elegible para recibir asistencia para el pago de las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de julio de 2023. Póngase en contacto con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad.

**ALABAMA - Medicaid**  
Sitio web: [myalhipp.com](https://myalhipp.com)  
Teléfono: 1-855-692-5447

**ALASKA - Medicaid**  
Programa de pago de primas de seguros médicos de AK  
Sitio web: [myakhipp.com](https://myakhipp.com)  
Teléfono: 1-866-351-4861  
Correo electrónico: [CustomerService@MyAKHIPP.com](mailto:CustomerService@MyAKHIPP.com)  
Elegibilidad para Medicaid: [health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx](https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx)

**ARKANSAS - Medicaid**  
Sitio web: [myarhipp.com](https://myarhipp.com)  
Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)

**CALIFORNIA - Medicaid**  
Sitio web del Programa de pago de las primas del seguro médico:[dhcs.ca.gov/hipp](https://dhcs.ca.gov/hipp)  
Teléfono: 916-445-8322  
Fax: 916-440-5676  
Correo electrónico: [hipp@dhcs.ca.gov](mailto:hipp@dhcs.ca.gov)

**COLORADO - Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)**  
Sitio web de Health First Colorado:[healthfirstcolorado.com](https://healthfirstcolorado.com)  
Centro de contacto para miembros de Health First Colorado: 1-800-221-3943/Retransmisión del estado 711  
CHP+: [hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus](https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus)  
Servicio de atención al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/Retransmisión del estado 711  
Programa Health Insurance Buy-In (HIBI): [mycohibi.com](https://mycohibi.com)  
Servicio de atención al cliente de HIBI: 1-855-692-6442

**FLORIDA - Medicaid**  
Sitio web: [flmedicaidprecovery.com/flmedicaidprecovery.com/hipp/index.html](https://flmedicaidprecovery.com/flmedicaidprecovery.com/hipp/index.html)  
Teléfono: 1-877-357-3268

**GEORGIA - Medicaid**  
Sitio web de GA HIPP: [medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp](https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp)  
Teléfono: 678-564-1162, presione 1  
Sitio web de GA CHIPRA: [medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra](https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra)  
Teléfono: 678-564-1162, Presione 2

**INDIANA - Medicaid**  
Plan Healthy Indiana para adultos de bajos ingresos de 19 a 64 años  
Sitio web: [in.gov/fssa/hip](https://in.gov/fssa/hip)  
Teléfono: 1-877-438-4479  
Todos los demás planes Medicaid  
Sitio web: [in.gov/medicaid](https://in.gov/medicaid)  
Teléfono: 1-800-457-4584

**IOWA - Medicaid y CHIP (Hawki)**  
Sitio web de Medicaid: [dhs.iowa.gov/ime/members](https://dhs.iowa.gov/ime/members)  
Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366  
Sitio web de Hawki: [dhs.iowa.gov/Hawki](https://dhs.iowa.gov/Hawki)  
Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563  
Sitio web de HIPP: [dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp](https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp)  
Teléfono de HIPP: 1-888-346-9562

**KANSAS - Medicaid**  
Sitio web: [kancare.ks.gov](https://kancare.ks.gov)  
Teléfono: 1-800-792-4884  
Teléfono de HIPP: 1-800-967-4660

**KENTUCKY - Medicaid**  
Sitio web del Programa de Pago de Primas del Seguro Médico Integrado de Kentucky (KI-HIPP): [chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx](https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx)  
Teléfono: 1-855-459-6328  
Correo electrónico: [KIHIPPPROGRAM@ky.gov](mailto:KIHIPPPROGRAM@ky.gov)  
Sitio web de KCHIP: [kids.health.ky.gov/Pages/index.aspx](https://kids.health.ky.gov/Pages/index.aspx)  
Teléfono: 1-877-524-4718  
Sitio web de Medicaid de Kentucky: [chfs.ky.gov/agencies/dms](https://chfs.ky.gov/agencies/dms)

**LOUISIANA - Medicaid**  
Sitio web: [medicaid.la.gov](https://medicaid.la.gov) o [ldh.la.gov/lahipp](https://ldh.la.gov/lahipp)  
Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)

**MAINE - Medicaid**  
Sitio web de Inscripción: [mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en\\_US](https://mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US)  
Teléfono: 1-800-442-6003  
TTY: Retransmisión de Maine 711  
Sitio web de Primas de Seguros Médicos Privados: [maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms](https://maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms)  
Teléfono: 1-800-977-6740  
TTY: Retransmisión de Maine 711

**MASSACHUSETTS - Medicaid y CHIP**  
Sitio web: [mass.gov/masshealth/pa](https://mass.gov/masshealth/pa)  
Teléfono: 1-800-862-4840  
TTY: 711  
Correo electrónico: [masspremassistance@accenture.com](mailto:masspremassistance@accenture.com)

**MINNESOTA - Medicaid**  
Sitio web: [mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp](https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp)  
Teléfono: 1-800-657-3739

**MISSOURI - Medicaid**  
Sitio web: [dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm](https://dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm)  
Teléfono: 573-751-2005

**MONTANA - Medicaid**  
Sitio web: [dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP](https://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP)  
Teléfono: 1-800-694-3084  
Correo electrónico: [HSHSHIPProgram@mt.gov](mailto:HSHSHIPProgram@mt.gov)

**NEBRASKA - Medicaid**  
Sitio web: [ACCESSNebraska.ne.gov](https://ACCESSNebraska.ne.gov)  
Teléfono: 1-855-632-7633  
Lincoln: 402-473-7000  
Omaha: 402-595-1178

**NEVADA - Medicaid**  
Sitio web de Medicaid: [dhcfnv.gov](https://dhcfnv.gov)  
Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900

**NUEVO HAMPSHIRE - Medicaid**  
Sitio web: [dhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program](https://dhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program)  
Teléfono: 603-271-5218  
Número de teléfono gratuito del programa HIPP: 1-800-852-3345, ext. 5218

**NUEVA JERSEY - Medicaid y CHIP**  
Sitio web de Medicaid: [state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid](https://state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid)  
Teléfono de Medicaid: 609-631-2392  
Sitio web de CHIP: [njfamilycare.org/index.html](https://njfamilycare.org/index.html)  
Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710

**NUEVA YORK - Medicaid**  
Sitio web: [health.ny.gov/health\\_care/medicaid](https://health.ny.gov/health_care/medicaid)  
Teléfono: 1-800-541-2831

**CAROLINA DEL NORTE - Medicaid**  
Sitio web: [medicaid.ncdhhs.gov](https://medicaid.ncdhhs.gov)  
Teléfono: 919-855-4100

**DAKOTA DEL NORTE - Medicaid**  
Sitio web: [hhs.nd.gov/healthcare](https://hhs.nd.gov/healthcare)  
Teléfono: 1-844-854-4825

**OKLAHOMA - Medicaid y CHIP**  
Sitio web: [insureoklahoma.org](https://insureoklahoma.org)  
Teléfono: 1-888-365-3742

**OREGON - Medicaid**  
Sitio web: [healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx](https://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx)  
Teléfono: 1-800-699-9075

**PENNSYLVANIA - Medicaid y CHIP**  
Sitio web: [dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Program.aspx](https://dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Program.aspx)  
Teléfono: 1-800-692-7462  
Sitio web de CHIP: Children’s Health Insurance Program (Programa de Seguro Médico Infantil o CHIP) ([pa.gov](https://pa.gov))  
Teléfono de CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)

**RHODE ISLAND - Medicaid y CHIP**  
Sitio web: [eohhs.ri.gov](https://eohhs.ri.gov)  
Teléfono: 1-855-697-4347, o 401-462-0311 (Línea directa Rlte Share)

**CAROLINA DEL SUR - Medicaid**  
Sitio web: [scdhhs.gov](https://scdhhs.gov)  
Teléfono: 1-888-549-0820

**DAKOTA DEL SUR - Medicaid**  
Sitio web: [dss.sd.gov](https://dss.sd.gov)  
Teléfono: 1-888-828-0059

**TEXAS - Medicaid**  
Sitio web: [hhs.texas.gov/services/financial/health-insurance-premium-payment-hipp-program](https://hhs.texas.gov/services/financial/health-insurance-premium-payment-hipp-program)  
Teléfono: 1-800-440-0493

**UTAH - Medicaid y CHIP**  
Sitio web de Medicaid: [medicaid.utah.gov](https://medicaid.utah.gov)  
Sitio web de CHIP: [health.utah.gov/chip](https://health.utah.gov/chip)  
Teléfono: 1-877-543-7669

**VERMONT- Medicaid**  
Sitio web: [dvha.vermont.gov/members/medicaid/hipp-program](https://dvha.vermont.gov/members/medicaid/hipp-program)  
Teléfono: 1-800-250-8427

**VIRGINIA - Medicaid y CHIP**  
Sitio web: [coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select](https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select) o [coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs](https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs)  
Teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924

**WASHINGTON - Medicaid**  
Sitio web: [hca.wa.gov](https://hca.wa.gov)  
Teléfono: 1-800-562-3022

**VIRGINIA OCCIDENTAL - Medicaid y CHIP**  
Sitio web: [dhr.wv.gov/bms](https://dhr.wv.gov/bms) o [mywvhipp.com](https://mywvhipp.com)  
Teléfono de Medicaid: 304-558-1700  
Teléfono gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)

**WISCONSIN - Medicaid y CHIP**  
Sitio web: [dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm](https://dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm)  
Teléfono: 1-800-362-3002

**WYOMING - Medicaid**  
Sitio web: [health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility](https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility)  
Teléfono: 1-800-251-1269

Para ver si otros estados han incorporado algún programa de asistencia para el pago de primas desde el 31 de julio de 2023, o para obtener más información sobre los derechos especiales de inscripción, comuníquese con:

Departamento de de Trabajo de Estados Unidos  
Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado  
[dol.gov/agencies/ebsa](https://dol.gov/agencies/ebsa)  
[1-866-444-EBSA \(3272\)](https://1-866-444-EBSA(3272))

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.  
Centros de Servicios Medicare y Medicaid  
[cms.hhs.gov](https://cms.hhs.gov)  
1-877-267-2323, opción 4 del menú, ext. 61565

## Declaración de la Ley de Reducción de Trámites Burocráticos

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites Burocráticos de 1995 (Pub. L. 104-13) (PRA), ninguna persona está obligada a responder a un pedido de información a menos que dicho pedido exhiba un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El Departamento indica que un organismo Federal no puede realizar ni patrocinar un pedido de información a menos que esté aprobado por la OMB en virtud de la PRA, y cuente con un número de control actualmente válido de la OMB, y el público no está obligado a responder a un pedido de información a menos que cuente con un número de control válido de la OMB. Consulte 44 U.S.C. 3507. Además, y sin perjuicio de otras disposiciones legales, ninguna persona podrá ser sancionada por no cumplir con un pedido de información si el mismo no exhibe un número de control válido de la OMB. Consulte 44 U.S.C. 3512.

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

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

## Avisos de la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer (WHCRA)

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

- Todas las etapas de reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía;
- La cirugía y reconstrucción de la otra mama para generar una apariencia simétrica.
- Prótesis; y
- Tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluyendo linfedema.

Estos beneficios se ofrecerán sujetos a los mismos deducibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados en el marco de este plan. Por lo tanto, se aplican los siguientes deducibles y coseguros de la red: Cigna - EPO sin cargo, LocalPlus sin cargo, HDHP 10% después del deducible de \$1,750 o \$2,800, PPO 10% después del deducible de \$500 o \$1,000; Kaiser Sin cargo.

Si desea más información sobre los beneficios de la WHCRA, llame al equipo de beneficios de su administrador del plan Stitch Fix al 415-882-7765.

## Aviso de protección del paciente

El HMO de Kaiser Permanente requiere generalmente la designación de un prestador de atención primaria. Usted tiene derecho a designar a cualquier prestador de atención primaria que esté adherido a la red y que esté dispuesto a aceptarlo a usted o a sus familiares. Hasta que usted haga esta designación, Kaiser Permanente designa uno por usted. Para obtener información sobre cómo seleccionar un prestador de atención primaria y para obtener una lista de los prestadores de atención primaria participantes, póngase en contacto con Kaiser Permanente llamando al 1-800-464-4000.

Para sus hijos puede designar a un pediatra como el prestador de atención primaria.

No necesita autorización previa de Kaiser Permanente ni de ninguna otra persona (incluido un prestador de atención primaria) para obtener acceso a la atención obstétrica o ginecológica de un profesional de la salud de la red especializado en obstetricia o ginecología. No obstante, el profesional de la salud puede estar obligado a cumplir ciertos procedimientos, como obtener una autorización previa para determinados servicios, seguir un plan de tratamiento preaprobado o seguir los procedimientos establecidos para realizar derivaciones. Para obtener una lista de profesionales de la salud participantes especializados en obstetricia o ginecología, póngase en contacto con Kaiser Permanente llamando al 1-800-464-4000.

## Ley de Protección de la Salud de la Madre y el Recién Nacido

Los planes de salud grupales y las aseguradoras de salud generalmente no pueden, según la ley federal, restringir los beneficios de una estadia hospitalaria de cualquier duración relacionada con el parto para la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal o menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal en general no prohíbe al prestador que atiende a la madre o al recién nacido, tras consultar con la madre, dar de alta a la madre o a su hijo antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, los planes y los emisores no pueden, bajo la ley federal, requerir que un prestador obtenga autorización del plan o del emisor del seguro para prescribir una duración de la estadia que no exceda las 48 horas (o 96 horas).



## Medicare Parte D:Aviso Importante de Cobertura Acreditable de Stitch Fix, Inc. sobre su cobertura de medicamentos con receta y Medicare

Por favor lea cuidadosamente este aviso y guárdelo en un lugar accesible para usted. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos con receta con Stitch Fix y sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Esta información puede ayudarle a decidir si desea adherirse o no a un plan de medicamentos de Medicare. Al final de este aviso encontrará información sobre dónde obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos con receta.

Si usted o sus dependientes cubiertos no son elegibles para Medicare o no tienen Medicare, este aviso no se aplica a usted o a sus dependientes cubiertos, según sea el caso. Sin embargo, debería igualmente conservar una copia de este aviso en caso de que usted o un dependiente calificase para la cobertura de Medicare en el futuro. Por favor, tenga en cuenta, no obstante, que este aviso podría ser reemplazado por avisos posteriores.

1. La cobertura de medicamentos con receta de Medicare se volvió disponible para cualquier persona que tenga Medicare en 2006. Usted puede obtener esta cobertura si adhiere a un Plan de medicamentos con receta de Medicare o a un Plan de Medicare Advantage (como una HMO o PPO) que ofrezca cobertura para medicamentos con receta. Todos los planes de medicamentos de Medicare proporcionan al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también podrían ofrecer más cobertura por una prima mensual mayor.

2. Stitch Fix ha determinado que la cobertura de medicamentos con receta ofrecida por el Plan de Atención Médica para Empleados de Stitch Fix (el "Plan") pagaría, en promedio para todos los participantes del plan, tanto como paga la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare y, por lo tanto, se considera Cobertura Acreditable. Esto es importante por las siguientes razones.

Debido a que su cobertura actual es, en promedio, al menos tan buena como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare, usted puede conservar esta cobertura y no pagar una prima más alta (penalidad) si con posterioridad decide inscribirse en un plan de medicamentos con receta, siempre y cuando se inscriba dentro de los plazos indicados.

### Inscripción en Medicare—Reglas generales

Como regla general, usted puede adherirse a un plan de medicamentos de Medicare cuando resulta elegible para Medicare por primera vez. Si califica para Medicare en razón de su edad, usted puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare durante un período de inscripción inicial de siete meses. Ese período comienza tres meses antes de su cumpleaños 65, incluye el mes en que cumple 65 y continúa durante los tres meses siguientes. Si califica para Medicare en razón de una discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal, su período de inscripción inicial en Medicare depende de la fecha en que comience su discapacidad o tratamiento. Para más información debe ponerse en contacto con Medicare llamando al número de teléfono o ingresando al sitio web indicado más abajo.

Inscripción Tardía y Penalidad por Inscripción Tardía Si decide esperar para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, usted podrá inscribirse más tarde, durante el período de inscripción anual de la Parte D de Medicare, que tiene lugar entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre todos los años. Pero, como regla general, si usted demora su inscripción en la Parte D de Medicare, después de ser elegible para inscribirse por primera vez, podría tener que pagar una prima más alta (penalidad).

Si después de su período de inscripción en la Parte D de Medicare usted pasa 63 días corridos o más sin cobertura "acreditable" de medicamentos con receta (esto es, una cobertura de medicamentos con receta que sea al menos tan buena como la cobertura de medicamentos con receta de Medicare), su prima mensual de la Parte D podría aumentar al menos 1 por ciento de la prima que habría pagado de haberse inscripto a tiempo, por cada mes en que no hubiese tenido cobertura acreditable.

Por ejemplo, si después del período de inscripción inicial en la Parte D de Medicare, usted pasa 19 días sin cobertura, su prima mensual podría ser al menos un 19% más alta que la prima que de otro modo habría pagado. Es posible que tenga que pagar esta prima superior mientras tenga cobertura de medicamentos con receta de Medicare. No obstante, rigen algunas excepciones importantes a la penalidad por inscripción tardía.

### Excepciones a la Penalidad por Inscripción Tardía durante el Período de Inscripción Especial

Hay "períodos de inscripción especial" que le permiten agregar cobertura de la Parte D de Medicare meses o incluso años después de ser elegible para hacerlo por primera vez, sin ninguna penalidad. Por ejemplo, si después de su período de inscripción inicial en la Parte D de Medicare, usted pierde o decide dejar una cobertura de salud patrocinada por el empleador o sindicato que incluye cobertura "acreditable" de medicamentos con receta, usted será elegible para adherirse en ese momento a un plan de medicamentos de Medicare.

Además, si pierde otra cobertura acreditable de medicamentos con receta (como la de una póliza individual) sin mediar culpa de su parte, usted podrá adherirse a un plan de medicamentos de Medicare, nuevamente, sin ninguna penalidad. Estos períodos de inscripción especial terminan dos meses después del mes en que termine su otra cobertura.

### Compare las coberturas

Usted debería comparar su cobertura actual, incluso qué medicamentos están cubiertos y a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos con receta de Medicare en su área. Vea un resumen de la cobertura de medicamentos con receta del Plan en la descripción resumida del plan de Stitch Fix. Si no tuviese una copia, puede obtener una llamándonos al número de teléfono o en la dirección que figura más abajo.

### Coordinación de Otra Cobertura con la Parte D de Medicare

En general, si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare mientras está cubierto por el Plan de Stitch Fix debido a su empleo (o al de otra persona, como el de su cónyuge o el de sus padres), su cobertura en el Plan de Stitch Fix no se verá afectada. Para la mayoría de las personas cubiertas por el Plan, el Plan pagará los beneficios de medicamentos con receta en primer lugar, y luego Medicare determinará sus pagos en segundo lugar. Para más información sobre este tema sobre qué programa paga primero y qué programa paga segundo, consulte la descripción resumida del Plan o contáctese con Medicare al número de teléfono o en la página web abajo indicados.

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y deja su cobertura de medicamentos con receta de Stitch Fix, tenga en cuenta que es posible que usted y sus dependientes no puedan recuperar esta cobertura. Para recuperar la cobertura, tendría que volver a inscribirse en el Plan, de conformidad con las reglas de elegibilidad e inscripción del Plan. Para determinar si y cuándo tiene permitido agregar cobertura, consulte la descripción resumida del Plan.

### Para obtener más información sobre este aviso o sobre su cobertura actual de medicamentos con receta...

Contáctese con la persona abajo indicada o llame al (888)-246-6680. NOTA: Recibirá este aviso todos los años. También lo recibirá antes del próximo período en que pueda inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, y si cambia esta cobertura a través de Stitch Fix. También puede solicitar una copia.

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

En el manual "Medicare & You" (Medicare y usted) encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos con receta. Todos los años Medicare le enviará por correo una copia del manual. También es posible que los planes de medicamentos de Medicare se comuniquen directamente con usted.

### Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos con receta de Medicare:

- Visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov).
- Para obtener ayuda personalizada, llame a su Programa Estatal para Asistencia en Seguro Médico. En el interior de la contratapa de su manual "Medicare & You" (Medicare y usted) encontrará el número de teléfono.
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

Recuerde: Guarde este aviso de cobertura acreditable. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que se le pida una copia de este aviso cuando se inscriba para demostrar si ha mantenido o no cobertura acreditable y si debe o no pagar una prima más alta (penalidad).

Fecha: 1 de enero de 2024  
Nombre de la entidad/remitente: Equipo de Beneficios de Stitch Fix  
Dirección: One Montgomery Tower, Suite 1100,  
San Francisco, CA 94104  
Teléfono: (888)-246-6680

Nada de lo indicado en este aviso le da a usted o sus dependientes derecho alguno a la cobertura del Plan. Su derecho (o el de sus dependientes) a la cobertura del Pan se determina exclusivamente por los términos del Plan.

### AVISO INTEGRAL DE POLÍTICA Y PROCEDIMIENTOS DE PRIVACIDAD CONFORME A HIPAA

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PODRÁ USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PODRÁ ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, LEA ESTE AVISO DETENIDAMENTE.

Este aviso se envía a usted en nombre de:

Plan de Seguro de Salud de Stitch Fix, Inc.\*

\* Este aviso corresponde exclusivamente a la cobertura de salud brindada por el plan.

### El deber del Plan de salvaguardar su Información Médica Protegida

La información individualmente identificable sobre su salud o condición pasada, presente o futura, los servicios médicos prestados a usted o el pago de atención médica se considera "Información Médica Protegida" ("PHI"). El Plan está obligado a extender ciertas protecciones a su PHI y proporcionarle este aviso sobre sus prácticas de privacidad que explican cómo, cuándo y por qué el Plan puede usar o divulgar su PHI. Excepto en circunstancias especificadas, el Plan solo puede usar o divulgar la cantidad mínima necesaria de PHI para cumplir con el propósito de ese uso o divulgación.

El Plan está obligado a seguir las prácticas de privacidad descritas en este aviso, aunque se reserva el derecho de cambiar esas prácticas y los términos de este aviso en cualquier momento. Si lo hace, y el cambio es sustancial, recibirá una versión revisada de este Aviso, ya sea por entrega personal, entrega por correo a su última dirección conocida u otro medio. Este aviso, y cualquier revisión sustancial del mismo, también se le proporcionará por escrito a su solicitud (pregunte a su representante de Recursos Humanos o contacte al Oficial de Privacidad del Plan, indicado a continuación), y se publicará en cualquier sitio web mantenido por Stitch Fix que describa los beneficios disponibles para empleados y dependientes.

También podría recibir uno o más avisos de privacidad adicionales de las compañías de seguros que brindan beneficios bajo el Plan. Esos avisos describirán cómo las compañías de seguros utilizan y divulgan la PHI, así como sus derechos con respecto a la PHI que ellas mantienen.

### Cómo el Plan Puede Utilizar y Divulgar su Información Médica Protegida

El Plan utiliza y divulga PHI por diversas razones. Para sus usos y divulgaciones de rutina, no se requiere su autorización, pero para otros usos y divulgaciones, puede ser necesaria su autorización (o la autorización de su representante personal (p.ej., una persona que sea su custodio, tutor o tenga su poder legal). A continuación se presenta una descripción más detallada y ejemplos de los usos y divulgaciones de su PHI por parte del Plan.

• Usos y Divulgaciones Relacionados con el Tratamiento, Pago u Operaciones de Atención Médica.

• Tratamiento: En general, y como cabría esperar, el Plan tiene permitido divulgar su PHI con el propósito de su tratamiento médico. Por lo tanto, podrá divulgar su PHI a médicos, enfermeros, hospitales, técnicos de emergencias médicas, farmacéuticos y otros profesionales de la salud cuando la divulgación sea para su tratamiento médico. Por ejemplo, si resulta herido en un accidente y es importante que el equipo



de tratamiento conozca su tipo de sangre, el Plan podría divulgar esa PHI al equipo para permitirle proporcionarle un tratamiento más efectivo.

- **Pago:** Por supuesto, la función más importante del Plan, en lo que a usted respecta, es que paga todo o parte de la atención médica que recibe (siempre que la atención esté cubierta por el Plan). En el curso de sus operaciones de pago, el Plan recibe una cantidad sustancial de PHI sobre usted. Por ejemplo, los médicos, hospitales y farmacias que le brindan atención envían al Plan información detallada sobre la atención que proporcionaron, para que puedan recibir el pago por sus servicios. El Plan también puede compartir su PHI con otros planes en ciertos casos. Por ejemplo, si está cubierto por más de un plan de salud (por ejemplo, este Plan y el plan de su cónyuge, o los planes que cubren a su padre y madre), podemos compartir su PHI con los otros planes para coordinar el pago de sus reclamos o gastos.

- **Operaciones de atención médica:** El Plan podrá utilizar y divulgar su PHI en el curso de sus operaciones de atención médica. Por ejemplo, puede utilizar su PHI para evaluar la calidad de los servicios que recibió o divulgar su PHI a un contador o abogado con fines de auditoría. En algunos casos, el Plan puede divulgar su PHI a compañías de seguros con el propósito de obtener varias coberturas de seguros. Sin embargo, el Plan no divulgará, con fines de suscripción, PHI que sea información genética.

- **Otros Usos y Divulgaciones de su PHI que no Requieren Autorización.** La ley establece que el Plan puede utilizar y divulgar su PHI sin necesidad de autorización en las siguientes circunstancias:

- **Al Patrocinador del Plan:** El Plan puede divulgar la PHI a los empleadores (como Stitch Fix) que patrocinan o mantienen el Plan en beneficio de los empleados y sus dependientes. Sin embargo, la PHI solo puede utilizarse para fines limitados y no puede utilizarse para acciones o decisiones relacionadas con el empleo ni en relación con ningún otro beneficio o plan de beneficios para empleados de los empleadores. La PHI puede divulgarse a: el departamento de recursos humanos o beneficios para empleados con el propósito de altas y bajas, censo, resolución de reclamos y otros asuntos relacionados con la administración del Plan; el departamento de nómina con el propósito de garantizar deducciones de nómina apropiadas y otros pagos realizados por personas cubiertas por su cobertura; el departamento de tecnología de la información, según sea necesario para la preparación de recopilaciones de datos e informes relacionados con la administración del Plan; el departamento de finanzas con el propósito de conciliar pagos correspondientes a primas y beneficios del Plan, y otros asuntos relacionados con la administración del Plan; el consejo legal interno para ayudar con la resolución de reclamos, cobertura y otros conflictos relacionados con la provisión de beneficios por parte del Plan.

- **A los Prestadores de Servicios del Plan:** El Plan puede divulgar la PHI a sus prestadores de servicios (asociados comerciales) que brindan servicios de pago de reclamos y gestión del plan. El Plan requiere un contrato por escrito que obliga al asociado comercial a proteger y limitar el uso de la PHI.

- **Cuando sea obligación por Ley:** El Plan puede divulgar la PHI cuando una ley requiere que informe información sobre sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica, o relacionada con actividad criminal sospechada, o en respuesta a una orden judicial. También debe divulgar la PHI a las autoridades que supervisan el cumplimiento de estos requisitos de privacidad.

- **Para Actividades de Salud Pública:** El Plan puede divulgar la PHI cuando se requiera recopilar información sobre enfermedades o lesiones, o para informar estadísticas vitales a la autoridad de salud pública.

- **Para Actividades de Supervisión de la Salud:** El Plan puede divulgar la PHI a agencias o departamentos responsables de supervisar el sistema de atención médica con fines como la notificación o investigación de incidentes inusuales.

- **Con relación a Personas Fallecidas:** El Plan puede divulgar la PHI relacionada con la muerte de una persona a médicos forenses, examinadores médicos o directores de funerarias, y a organizaciones de obtención de órganos en relación con donaciones o trasplantes de órganos, ojos o tejidos.

- **Para fines de Investigación:** En circunstancias particulares, y bajo estricta supervisión de un consejo de privacidad, el Plan puede divulgar la PHI para asistir en investigaciones médicas y psiquiátricas.

- **Para Evitar una Amenaza a la Salud o la Seguridad:** Con el fin de evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad, el Plan puede divulgar la PHI según sea necesario a las autoridades policiales u otras personas que puedan razonablemente prevenir o reducir la amenaza de daño.

- **Para Funciones Gubernamentales Específicas:** El Plan puede divulgar la PHI de personal militar y veteranos en ciertas situaciones, a instalaciones correccionales en ciertas situaciones, a programas gubernamentales relacionados con la elegibilidad y la inscripción, y por razones de seguridad nacional.

- **Usos y Divulgaciones que Requieren Autorización:** Para usos y divulgaciones que no sean con fines de tratamiento, pago y operaciones, y por razones que no estén incluidas en una de las excepciones descritas anteriormente, el Plan está obligado a tener su autorización por escrito. Por ejemplo, el uso y la divulgación de notas de psicoterapia, el uso y la divulgación de PHI con fines de marketing y las divulgaciones que constituyan una venta de PHI requerirían su autorización. Su autorización puede ser revocada en cualquier momento para detener futuros usos y divulgaciones, excepto en la medida en que el Plan ya hubiese emprendido una acción basada en su autorización.

Usos y Divulgaciones para los cuales Usted deba tener la Oportunidad de Objetar: El Plan puede compartir la PHI con su familia, amigos u otras personas involucradas en su atención médica o el pago de su atención médica. También podremos compartir la PHI con estas personas para notificarles sobre su ubicación, estado general o fallecimiento. Sin embargo, el Plan solo puede divulgar su PHI si le informa sobre la divulgación con anticipación y usted no se opone (pero si existe una situación de emergencia y no puede darle la oportunidad de objetar, la divulgación se puede hacer si es coherente con cualquier deseo expresado previamente y se determina que la divulgación es en su mejor interés; debe ser informado y tener la oportunidad de objetar una mayor divulgación tan pronto como pueda hacerlo).

## Sus Derechos sobre su Información Médica Protegida

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

- **A Solicitar Restricciones a los Usos y Divulgaciones:** Usted tiene derecho a solicitar que el Plan limite cómo utiliza o divulga su PHI. El Plan considerará su solicitud, pero no está legalmente obligado a aceptar la restricción. En la medida en que acepte restricciones a su uso o divulgación de su PHI, el Plan pondrá el acuerdo por escrito y lo cumplirá, excepto en situaciones de emergencia. El Plan no puede aceptar limitar los usos o divulgaciones que son obligatorios por ley.

- **A Elegir Cómo el Plan se Comunica con Usted:** Usted tiene derecho a solicitar que el Plan le envíe información a una dirección alternativa o mediante un medio alternativo. Para solicitar comunicaciones confidenciales, usted debe hacer su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad. No le pediremos que indique el motivo de su solicitud. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea ser contactado. El Plan debe aceptar su solicitud siempre que sea razonablemente fácil para él cumplir con la solicitud.

- **A Inspeccionar y Copiar su PHI:** A menos que su acceso esté restringido por razones de tratamiento claras y documentadas, usted tiene derecho a ver su PHI en poder del Plan o sus prestadores si presenta su solicitud por escrito. El Plan, o alguien en nombre del Plan, responderá a su solicitud, normalmente dentro de los 30 días. Si su solicitud es denegada, usted recibirá las razones por escrito de la denegación y una explicación de cualquier derecho que tenga para que se revise la denegación. Si desea copias de su PHI, podría cobrarse un arancel de copiado, pero este puede ser eximido dependiendo de sus circunstancias. Usted tiene derecho a elegir qué partes de su información desea copiar y a recibir, previa solicitud, información previa sobre el costo del copiado.

- **A Solicitar Modificaciones en su PHI:** Si cree que hay un error o información faltante en un registro de su PHI en poder del Plan o de uno de sus prestadores, puede solicitar por escrito que se corrija o se complemente el registro. El Plan o alguien en su nombre, responderá, normalmente dentro de los 60 días posteriores a la recepción de su solicitud. El Plan puede negar la solicitud si se determina que la PHI: (i) es correcta y está completa; (ii) no fue creada por el Plan o su prestador y/o no forma parte de los registros del Plan o del prestador; o (iii) no está permitido divulgarla. Cualquier denegación indicará las razones de la denegación y explicará sus derechos para que la solicitud y la denegación, junto con cualquier declaración en respuesta que usted proporcione, se adjunten a su PHI. Si la solicitud de enmienda es aprobada, el Plan o el prestador, según corresponda, cambiará la PHI y le informará, y comunicará a otras personas que necesiten saber sobre el cambio en la PHI.

- **A Saber Qué Divulgaciones se Han Realizado:** Usted tiene derecho a obtener una lista de cuándo, a quién, con qué propósito y qué parte de su PHI ha sido divulgada por el Plan y sus prestadores, excepto en casos de divulgación para los cuales usted haya dado autorización, o en casos en los que la divulgación se hizo a usted o a su familia. Además, la lista de divulgaciones no incluirá las divulgaciones para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. La lista tampoco incluirá divulgaciones realizadas con fines de seguridad nacional, a funcionarios de la ley o instalaciones correccionales, o antes de la fecha en que las reglas federales de privacidad se aplicaron al Plan. Normalmente, recibirá una respuesta a su solicitud por escrito de dicha lista dentro de los 60 días posteriores a la presentación de la solicitud por escrito. Su solicitud puede estar relacionada con divulgaciones que se remontan hasta seis años atrás. No se cobrará ningún arancel por una lista de este tipo cada año. Por solicitudes de listas más frecuentes, es posible que se cobre un arancel.

## Cómo Presentar una Queja Sobre las Prácticas de Privacidad del Plan:

Si considera que el Plan o uno de sus prestadores podría haber violado sus derechos de privacidad, o si no está de acuerdo con una decisión tomada por el Plan o un prestador sobre el acceso a su PHI, usted puede presentar una queja ante la persona mencionada en la sección inmediatamente siguiente. También podrá presentar una queja por escrito ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. La ley no permite que nadie tome represalias en su contra si presenta tales quejas.

### Notificación de una Violación de la Privacidad

Cualquier persona cuya PHI no segura haya sido, o se crea razonablemente que ha sido utilizada, accedida, adquirida o divulgada de manera no autorizada, recibirá una notificación por escrito del Plan dentro de los 60 días posteriores al descubrimiento de la violación.

Si la violación implica a 500 o más residentes de un estado, el Plan notificará a los medios de comunicación destacados en el estado. El Plan mantendrá un registro de violaciones de seguridad y reportará esta información al Departamento de Salud y Servicios Humanos de forma anual. La comunicación inmediata del Plan al Departamento de Salud y Servicios Humanos resulta obligatoria si la violación de seguridad implica a 500 o más personas.

### Persona de Contacto para Obtener Información o Presentar una Queja

Si tiene preguntas sobre este aviso, comuníquese con el Oficial de Privacidad o el Oficial de Privacidad Adjunto del Plan (consulte a continuación). Si tiene alguna queja sobre las prácticas de privacidad del Plan, el manejo de su PHI o el proceso de notificación de violación, comuníquese con el Oficial de Privacidad o un Oficial de Privacidad Adjunto autorizado.

### Oficial de Privacidad

El Oficial de Privacidad del Plan, es decir, la persona responsable de garantizar el cumplimiento de este aviso, es:

Equipo de Beneficios de Stitch Fix  
(888)-246-6680

### Fecha de entrada en vigor:

La fecha de entrada en vigor de este aviso es: 1 de enero de 2024.



## AVISO SOBRE DERECHOS DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL

### PLAN DE ATENCIÓN MÉDICA PARA EMPLEADOS DE STITCH FIX

Si rechaza la inscripción para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a que tiene cobertura de otro seguro médico o plan de salud grupal, es posible que puedan inscribirse usted o sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de aportar a esa otra cobertura suya o de sus dependientes).

La pérdida de elegibilidad incluye, pero no se limita a:

- Pérdida de elegibilidad para la cobertura como resultado de dejar de cumplir con los requisitos de elegibilidad del plan (p.ej., divorcio, cese de la condición de dependiente, fallecimiento de un empleado, terminación del empleo, reducción del número de horas de empleo);
- Pérdida de cobertura de HMO porque la persona ya no reside ni trabaja en el área de atención de HMO y no hay otra opción de cobertura disponible a través del patrocinador del plan de HMO;
- Eliminación de la opción de cobertura en la que una persona estaba inscrita y no se ofrece otra opción en su lugar;
- No regresar de una licencia bajo la Ley FMLA;
- Pérdida de elegibilidad en Medicaid o el Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP).

A menos que el evento que dé lugar a su derecho de inscripción especial sea una pérdida de elegibilidad en Medicaid o CHIP, usted debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores a la fecha en que finalice su cobertura o la de su(s) dependiente(s) (o posteriores a la fecha en que el empleador que patrocina esa cobertura deje de aportar a la cobertura).

Si el evento que da lugar a su derecho de inscripción especial es una pérdida de cobertura en Medicaid o CHIP, usted puede solicitar la inscripción en este plan dentro de los 60 días a partir de la fecha en que usted o su(s) dependiente(s) pierdan dicha cobertura en Medicaid o CHIP. Del mismo modo, si usted o su(s) dependiente(s) son elegibles para un subsidio para el pago de primas de este plan otorgado por el estado, usted puede solicitar la inscripción en este plan dentro de los 60 días a partir de la fecha en que Medicaid o CHIP determine que usted o su(s) dependiente(s) califican para el subsidio.

Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de casamiento, nacimiento, adopción o entrega con fines de adopción, puede inscribirse usted e inscribir a sus dependientes. No obstante, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días siguientes al casamiento, nacimiento, adopción o entrega en adopción.

Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, póngase en contacto con:

Equipo de Beneficios de Stitch Fix  
(888)-246-6680

\* Este aviso es relevante para coberturas de salud sujetas a las reglas de portabilidad de la ley HIPAA.

### AVISO GENERAL SOBRE COBRA

#### Introducción

Usted recibe este aviso porque recientemente ha obtenido la cobertura de un plan de salud grupal (el Plan). El presente aviso incluye información importante acerca de su derecho a la cobertura de continuación de COBRA, que es una extensión provisoria de la cobertura en virtud del Plan. Este aviso explica

la cobertura de continuación de COBRA, cuándo podría estar disponible para usted y su familia y qué debe hacer para proteger su derecho a ella. Cuando usted es elegible para COBRA, también podría ser elegible para otras opciones de cobertura que podrían costar menos que la cobertura de continuación de COBRA.

El derecho a la cobertura de continuación de COBRA se creó a partir de una ley federal, la Ley de Reconciliación Presupuestaria Global Consolidada (COBRA, Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act) de 1985. La cobertura de continuación de COBRA puede estar disponible para usted y otros familiares cuando de otro modo finalizaría la cobertura de salud grupal. Para obtener más información sobre sus derechos y obligaciones en virtud del plan y de la legislación federal, debe consultar el resumen de la descripción del plan o ponerse en contacto con el administrador del plan.

Es posible que disponga de otras opciones al perder cobertura médica grupal. Por ejemplo, podría ser elegible para contratar un plan individual a través del Mercado de Seguros de Salud. Al inscribirse en cobertura a través del Mercado, podría calificar para costos más bajos en sus primas mensuales y costos de bolsillo más bajos. Además, usted podría calificar para un período de inscripción especial de 30 días para otro plan de salud grupal para el cual sea elegible (como un plan de cónyuge), incluso si ese plan generalmente no acepta inscripciones tardías.

#### ¿Qué es la cobertura de continuación de COBRA?

La cobertura de continuación de COBRA es una continuación de la cobertura del Plan que de otro modo finalizaría debido a un evento de vida. A esto también se lo denomina “evento habilitante”. Más adelante en el presente aviso se enumeran los eventos habilitantes específicos. Después de un evento habilitante, se debe ofrecer la cobertura de continuación de COBRA a cada persona que sea un “beneficiario admitido”. Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían ser beneficiarios admitidos si la cobertura en virtud del Plan se perdiera debido al evento habilitante. Conforme al Plan, los beneficiarios admitidos que elijan la cobertura de continuación de COBRA deben pagar por ella.

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

- Se reducen sus horas de trabajo,
  - Su empleo termina por cualquier motivo que no sea por mala conducta alevosa de su parte.
- Si usted es cónyuge de un empleado, será un beneficiario admitido si pierde su cobertura en virtud del Plan debido a los siguientes eventos habilitantes:
- Fallece su cónyuge;
  - Se reducen las horas de trabajo de su cónyuge;
  - El empleo de su cónyuge termina por cualquier motivo que no sea por mala conducta alevosa de su parte.
  - Su cónyuge pasa a tener derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas); o bien
  - Usted se divorcia o separa legalmente de su cónyuge.

- Sus hijos dependientes pasarán a ser beneficiarios admitidos cuando pierdan la cobertura del Plan debido a cualquiera de los siguientes eventos habilitantes:
- Fallece el empleado que es padre-madre de ese dependiente;
  - Se reducen las horas de trabajo del empleado que es padre-madre de ese dependiente;
  - El empleo del empleado que es padre-madre de ese dependiente termina por cualquier motivo que no sea por mala conducta alevosa de su parte.
  - El empleado que es padre-madre de ese dependiente pasa a tener derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas);
  - Los padres se divorcian o se separan legalmente; o
  - El hijo deja de ser elegible para la cobertura del plan como "hijo dependiente".

#### ¿Cuándo está disponible la cobertura de continuación de COBRA?

El Plan ofrecerá cobertura de continuación de COBRA a beneficiarios admitidos solamente después de que el Administrador del Plan haya sido notificado de algún evento habilitante. El empleador debe notificar al Administrador del Plan los siguientes eventos habilitantes:

- La desvinculación laboral o reducción del horario de trabajo;
- El fallecimiento del empleado;
- La circunstancia en la cual el empleado pasa a tener derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas).

Para los otros eventos habilitantes (divorcio o separación legal del empleado y cónyuge y pérdida de elegibilidad del hijo dependiente para recibir cobertura como hijo dependiente), usted debe notificar al Administrador del Plan dentro de los 60 días posteriores al evento habilitante. Usted debe enviar este aviso por escrito al Administrador del Plan. Cualquier aviso que proporcione debe indicar el nombre del plan o planes bajo los cuales perdió o está perdiendo la cobertura, el nombre y la dirección del empleado cubierto por el plan, el nombre y la dirección del o los beneficiario(s) admitido(s), y el evento habilitante y la fecha en que ocurrió. El Administrador del Plan le indicará que presente la documentación adecuada para demostrar el evento.

#### ¿Cómo se brinda la cobertura de continuación de COBRA?

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

La cobertura de continuación de COBRA es una continuación temporal de la cobertura que, por lo general, se prolonga durante 18 meses a causa de la desvinculación laboral o reducción del horario de trabajo. Determinados eventos habilitantes o un segundo evento habilitante durante el período de cobertura inicial pueden permitir a un beneficiario recibir un máximo de 36 meses de cobertura.

#### También hay maneras en las que se puede ampliar este período de 18 meses de cobertura de continuación de COBRA:

#### Ampliación del período de 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA, por discapacidad

Si la Administración del Seguro Social determina que usted o algún integrante de su familia cubierto por el Plan sufren una discapacidad y usted notifica oportunamente al Administrador del Plan, usted y toda su familia podrían tener derecho a recibir hasta un total de 11 meses más de cobertura de continuación de COBRA, durante un máximo de 29 meses. La discapacidad

tendría que haber comenzado en algún momento antes del 60º día de la cobertura de continuación de COBRA y debe durar al menos hasta el final del período de 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA. Si usted cree que es elegible para esta ampliación, comuníquese con el Administrador del Plan.

#### Ampliación del período de 18 meses de la cobertura de continuación, por segundo evento habilitante

Si usted o su familia experimenta otro evento habilitante durante los 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA, el cónyuge y los hijos dependientes de su familia podrán obtener hasta 18 meses adicionales de cobertura de continuación de COBRA, por hasta un máximo de 36 meses, si se notifica adecuadamente al Plan acerca del segundo evento habilitante. Esta ampliación puede estar disponible para el cónyuge y cualquier hijo dependiente que obtenga la cobertura de continuación de COBRA si el empleado o ex empleado fallece, adquiere los derechos para los beneficios de Medicare (conforme a la Parte A, Parte B, o ambas), se divorcia o separa legalmente, o si el hijo dependiente deja de ser elegible para el Plan como hijo dependiente. Esta ampliación solo está disponible si el segundo evento habilitante hubiera causado que el cónyuge o hijo dependiente perdiera la cobertura del Plan si no hubiera ocurrido el primer evento habilitante.

#### ¿Existen otras opciones de cobertura además de la cobertura de continuación de COBRA?

Sí. En lugar de inscribirse en la cobertura de 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 Médico Infantil (CHIP) u otras opciones de cobertura de planes de salud grupal (como el plan de un cónyuge) a través de lo que se llama un "período de inscripción especial". Algunas de estas opciones pueden costar menos que la cobertura de continuación de COBRA. Puede obtener más información sobre varias de estas opciones en [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov).

#### ¿Puedo inscribirme en Medicare en lugar de la cobertura de continuación de COBRA después de que termine la cobertura de mi plan de salud grupal?

En general, si no se inscribe en la Parte A o B de Medicare cuando resulta elegible por primera vez porque sigue trabajando, después del período de inscripción inicial de Medicare, usted dispone de un período de inscripción especial de 8 meses para inscribirse en la Parte A o B de Medicare, que comienza en la primera de estas fechas:

- El mes posterior a la finalización de su empleo; o
- El mes posterior a la finalización de la cobertura del plan médico grupal basado en el empleo actual.

Si no se inscribe en Medicare y elige la cobertura de continuación de COBRA en su lugar, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte B y puede tener un vacío en la cobertura si decide que quiere la Parte B más adelante. Si elige la cobertura de continuación de COBRA y luego se inscribe en la Parte A o B de Medicare antes de que termine la cobertura de continuación de COBRA, el Plan puede cancelar su cobertura de continuación. Sin embargo, si la Parte A o B de Medicare entra en vigencia en la fecha de la elección de COBRA o antes, la cobertura de 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 tanto en la cobertura de continuación de COBRA como en Medicare, Medicare generalmente pagará primero (pagador primario) y la cobertura de continuación de COBRA pagará segundo. Ciertos planes pueden pagar como si fueran secundarios a Medicare, incluso si no está inscripto en Medicare.

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



### Si tiene preguntas

Las preguntas relativas a su Plan o a sus derechos a la cobertura de continuación de COBRA deberán dirigirse al contacto o los contactos que se identifican a continuación. Para obtener más información sobre sus derechos bajo la Ley de Protección de Jubilaciones del Sector Privado (ERISA), incluyendo COBRA, la Ley de Protección al Paciente y Cuidado Asequible de la Salud y otras leyes que afectan a los planes de salud grupales, comuníquese con la Oficina de Distrito o Regional de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (EBSA) del Departamento de Trabajo de EE.UU. más cercana dentro de su área o visite [www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa). (Las direcciones y los números de teléfono de las Oficinas Regionales y de Distrito de la EBSA están disponibles a través del sitio web de la EBSA). Para obtener más información sobre el Mercado, visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov).

### Mantenga a su Plan informado sobre los cambios de dirección.

Para proteger los derechos de su familia, comuníquese al administrador del plan cualquier cambio de domicilio que tengan sus familiares. Usted también debe conservar una copia, para su registro, de cualquier aviso que envíe al administrador del plan.

### Información de contacto del Plan

Para obtener información adicional sobre sus derechos a cobertura de continuación de COBRA, por favor comuníquese con el Administrador del Plan:

Equipo de Beneficios de Stitch Fix  
(888)-246-6680  
One Montgomery Tower, Suite 1100  
San Francisco, CA 94104

### AVISO DEL DERECHO A DESIGNAR UN PRESTADOR DE ATENCIÓN PRIMARIA Y DE NO OBLIGACIÓN DE PREAUTORIZACIÓN PARA ATENCIÓN OBSTÉTRICA Y GINECOLÓGICA

El Plan de Atención Médica para Empleados de Stitch Fix generalmente permite la designación de un prestador de atención primaria. Usted tiene derecho a designar a cualquier prestador de atención primaria que esté adherido a nuestra red y que esté dispuesto a aceptarlo a usted o a sus familiares. Para obtener información sobre cómo seleccionar a un prestador de atención primaria y para obtener una lista de los prestadores de atención primaria participantes, póngase en contacto con el administrador del plan llamando al 888-246-6680-6680.

Para sus hijos puede designar a un pediatra como prestador de atención primaria.

No necesita autorización previa del Plan de Atención Médica de Stitch Fix ni de ninguna otra persona (incluido un prestador de atención primaria) para obtener acceso a atención obstétrica o ginecológica de un profesional de la salud de la red especializado en obstetricia o ginecología. No obstante, el profesional de la salud puede estar obligado a cumplir ciertos procedimientos, como obtener una autorización previa para determinados servicios, seguir un plan de tratamiento preaprobado o seguir los procedimientos para realizar derivaciones. Para obtener una lista de profesionales de la salud participantes que se especializan en obstetricia o ginecología, comuníquese con el Plan de Atención Médica para Empleados de Stitch Fix al: (888)-246-6680.

### AVISO SOBRE LA LEY DE DERECHOS DE SALUD Y CÁNCER DE LA MUJER

"La Ley de Derechos de Salud de la Mujer y el Cáncer de 1998 (WHCRA, por sus siglas en inglés) brinda ciertas protecciones a las personas que reciben beneficios relacionados con la mastectomía."El Plan de Atención Médica para Empleados de Stitch Fix está obligado por ley a enviarle el siguiente aviso:

La Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer de 1998 (WHCRA) brinda ciertas protecciones a las personas que reciben beneficios relacionados con la mastectomía. Se brindará cobertura de acuerdo a como se determine en consulta con el médico tratante y la paciente para:

- Todas las etapas de reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía;
- La cirugía y reconstrucción de la otra mama para generar una apariencia simétrica;
- Prótesis; y
- Tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluyendo linfedemas.

El Plan de Atención Médica para Empleados de Stitch Fix proporciona cobertura médica para mastectomías y los procedimientos relacionados mencionados anteriormente, sujeto a los mismos deducibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados bajo este plan. Por lo tanto, se aplican los siguientes deducibles y coseguros:

HDHP de Cigna	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible individual	\$1,750	\$3,000
Deducible familiar	\$3,600	\$6,000
Coseguro	90%	70%

PPO de Cigna	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible individual	\$500	\$500
Deducible familiar	\$1,000	\$1,000
Coseguro	90%	70%

EPO de Cigna (OAP fuera de la red)	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible individual	N/A	N/A
Deducible familiar	N/A	N/A
Coseguro	100%	N/A

LocalPlus de Cigna	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible individual	N/A	N/A
Deducible familiar	N/A	N/A
Coseguro	100%	N/A

Kaiser HMO (solo CA)	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible individual	N/A	N/A
Deducible familiar	N/A	N/A
Coseguro	100%	N/A

Kaiser HMO (solo GA)	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible individual	N/A	N/A
Deducible familiar	N/A	N/A
Coseguro	100%	100%

Si desea obtener más información sobre los beneficios de la ley WHCRA, consulte la Descripción Resumida del Plan o comuníquese con el Administrador del Plan al: (888)-246-6680.

### AVISO SOBRE LA LEY MICHELLE

(Se acompañará Certificación de Condición de Estudiante Dependiente)

• La Ley Michelle es una ley federal que requiere que ciertos planes grupales de salud continúen la elegibilidad para hijos dependientes adultos que sean estudiantes y asistan a una institución de educación superior, cuando, de lo contrario, dejarían de considerarse estudiantes elegibles debido a una licencia médicamente necesaria que los exime de asistir a la escuela. En tal caso, el plan debe seguir tratando al hijo como elegible hasta la primera de las siguientes fechas:La fecha que sea un año después de la fecha en que comenzó la licencia médicamente necesaria; o

• La fecha en que la cobertura del plan terminaría por otros motivos.

• Para que se apliquen las protecciones de la Ley Michelle, el hijo debe:

• Ser un hijo dependiente, conforme a los términos del plan, de un participante o beneficiario; y

• Haber estado inscripto en el plan y como estudiante en una institución de educación superior, inmediatamente antes del día de la licencia médicamente necesaria.

"Licencia médicamente necesaria" significa cualquier cambio en la inscripción en la institución de educación superior que comienza mientras el hijo está sufriendo una enfermedad o lesión grave, es médicamente necesaria y hace que el hijo pierda la condición de estudiante a efectos de la cobertura bajo el plan.

Si considera que su hijo es elegible para esta continuación de elegibilidad, debe presentar al plan una certificación por escrito de su médico tratante que indique que el hijo está sufriendo una enfermedad o lesión grave y que la licencia es médicamente necesaria."

Si tiene alguna pregunta sobre la información contenida en este aviso o sobre el derecho de su hijo/a a la cobertura de continuación de la Ley Michelle, debe comunicarse con el Equipo de Beneficios de Stitch Fix al (888)-246-6680.



