

AVISOS DE BENEFICIOS IMPORTANTES PARA LOS PARTICIPANTES

Los siguientes avisos se proporcionan para su información y según lo requiera la ley federal. En el caso de que se requieran divulgaciones adicionales después de ese tiempo, la divulgación adicional se le proporcionará por separado. Este resumen no aborda leyes estatales específicas, que pueden ser más amplias que las leyes federales y, por lo tanto, es posible que usted tenga ciertos derechos adicionales según la ley estatal que no se a dirigido aquí.

Si tiene alguna pregunta sobre cualquiera de estos avisos o información, por favor contactar:

Light & Wonder Corporation
Benefits Department
866-693-9413

Para obtener detalles sobre los procedimientos de revisión y adjudicación de reclamos y beneficios para cada plan, consulte la Evidencia de Cobertura del plan. Si hay discrepancias entre los beneficios incluidos en este resumen y la Evidencia de cobertura o la Descripción resumida del plan / Documento del plan, prevalecerá la Evidencia de cobertura o la Descripción resumida del plan / Documento del plan.

La información de estos avisos está actualizada a Septiembre de 2024 y está sujeta a cambios en cualquier momento.

Tabla de contenido

Women's Health & Cancer Rights Acts.....	3
Derechos de los recién nacidos y las madres.....	3
Health Insurance Portability & Accountability Act Non-Discrimination Requirements (HIPAA).....	3
Derechos especiales de inscripción.....	3
Cambios en las elecciones de mitad de año permitidos por "cambio de estado"	3
Aviso de Privacidad de HIPAA.....	5
Información importante sobre cómo la reforma de la atención médica afecta su plan.....	7
Información Importante sobre los Derechos de Continuación de Cobertura de COBRA y Otras Alternativas de Cobertura de Salud.....	8
Uniformed Services Employment & Reemployment Rights Act of 1994 (USERRA), Notice of Right to Continued Coverage under USERRA.....	12
Derechos y responsabilidades de los empleados en virtud de la ley Family Medical Leave Act.....	13
Programas de bienestar.....	16
Asistencia para las primas de Medicaid y el Programa de seguro médico para niños (CHIP).....	17
Sus derechos y protecciones contra facturas médicas de sorpresa - Surprise Medical Bills.....	22
¿Qué es “balance billing” (a veces llamado “surprise billing”) ?.....	22
Está protegido de la facturación del saldo médico o “balance billing” por:.....	22

Women's Health & Cancer Rights Acts (WHCRA)

La ley Women's Health and Cancer Rights Act (WHCRA) ,de derechos sobre la salud de mujeres y el cáncer requiere que los planes de salud grupales pongan ciertos beneficios a disposición de los participantes que se han sometido o van a tener una mastectomía. En particular, un plan debe ofrecer a las pacientes con mastectomía beneficios para:

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

Estos beneficios se proporcionarán sujetos a los mismos deducibles y coseguro aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados bajo este plan.

Sus planes cumplen con estos requisitos.

Derechos de los recién nacidos y las madres

Los planes de salud grupales y los emisores de seguros de salud generalmente no pueden, según la ley federal, restringir los beneficios por cualquier duración de la estadía en el hospital en relación 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 un parto. cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe al proveedor que atiende a la madre o al recién nacido, después de consultar con la madre, dar el alta a la madre o al recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas según corresponda). En cualquier caso, los planes y los emisores no pueden, según la ley federal, exigir que un proveedor obtenga autorización del plan o del emisor del seguro para prescribir una duración de la estadía que no exceda las 48 horas (o 96 horas).

Health Insurance Portability & Accountability Act Non-Discrimination Requirements (HIPAA)

La ley de Health Insurance Portability & Accountability Act Non-Discrimination Requirements (HIPAA), prohíbe que los planes de salud grupales y los emisores de seguros de salud discriminen a las personas en la elegibilidad y la elegibilidad continua para los beneficios y en las primas individuales o tasas de contribución basadas en factores de salud.

Estos factores de salud incluyen: estado de salud, afección médica (incluidas enfermedades físicas y mentales), experiencia en reclamos, recepción de atención médica, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad (incluidas las condiciones que surgen de actos de violencia doméstica y participación en actividades). como motociclismo, motos de nieve, paseos en vehículos todo terreno, paseos a caballo, esquí y otras actividades similares) y discapacidad.

Derechos especiales de inscripción

Si está rechazando la inscripción para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a otro seguro médico o cobertura de plan de salud grupal, los Derechos de inscripción especiales de HIPAA requieren que su plan le permita a usted y / o sus dependientes inscribirse en los planes de su empleador (excepto y planes de la vista elegidos por separado de sus planes médicos) si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador dejó de contribuir para su cobertura o la de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días (60 días si la cobertura perdida fue de Medicaid o Healthy Families) después de que termine la otra cobertura suya o de sus dependientes (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).

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

Es posible que su plan permita otros cambios electorales de mitad de año (consulte la sección "Cambio de estado"). Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, comuníquese con su Representante de Recursos Humanos. Las "Oportunidades de inscripción especial de HIPAA" incluyen:

- Agotamiento de COBRA (o continuación de cobertura estatal)
- Pérdida de otra cobertura (1)
- Adquisición de un nuevo cónyuge o dependiente por matrimonio (1), adopción (1), colocación para adopción (1) o nacimiento (1)
- Pérdida de la cobertura del Programa estatal de seguro médico para niños (por ejemplo, Healthy Families) (aviso de 60 días) (1)
- El empleado o dependientes se vuelven elegibles para el Programa estatal de subsidio de asistencia para primas (aviso de 60 días)

Cambios en las elecciones de mitad de año permitidos por "cambio de estado"

Debido a las regulaciones del Servicio de Impuestos Internos, Internal Revenue Service (IRS), para ser elegible para tomar su contribución de prima o contribuir a una cuenta de gastos flexibles con dólares antes de impuestos, su elección debe ser irrevocable durante todo el año del plan. Como resultado, su inscripción en los planes médicos, dentales y de la vista o la declinación de la cobertura cuando sea elegible por primera vez, permanecerá vigente hasta el próximo período de inscripción abierta, a menos que tenga un "cambio de estado" aprobado según lo definido por el IRS y si está previsto en su plan.

Algunos ejemplos de eventos de "cambio de estado" permitidos incluyen:

- Cambio en el estado civil legal (por ejemplo, matrimonio (2), divorcio o separación legal)
- Cambio en el número de dependientes (por ejemplo, nacimiento (2), adopción (2) o muerte)
- Cambio en la elegibilidad de un niño
- Cambio en el estado de empleo de su / su cónyuge / su estado registrado / no registrado / pareja doméstica (por ejemplo, reducción de horas que afecta la elegibilidad o cambio de empleo)
- Un cambio sustancial en la cobertura de beneficios de su pareja doméstica, la de su cónyuge o su estado registrado / no registrado / registrado y no registrado del estado

- Una reubicación que impacta el acceso a la red
- Inscripción en el intercambio de seguros estatal
- Inscripción en la Parte A o B de Medicare
- Orden de manutención de niños médica calificada u otro decreto judicial
- La elegibilidad de un dependiente cesa resultando en una pérdida de cobertura (3)
- Pérdida de otra cobertura (2)
- Cambio en el estado laboral en el que tiene una reducción de horas a un promedio de menos de 30 horas de servicio por semana, pero sigue siendo elegible para los beneficios y tiene la intención de inscribirse en otro plan que brinde Cobertura Esencial Mínima, Minimum Essential Coverage que entre en vigencia primer día del segundo mes siguiente a la fecha de revocación de la cobertura patrocinada por su empleador
- Usted se inscribe o tiene la intención de inscribirse en un plan de salud calificado, Qualified Health Plan (QHP) a través del mercado estatal, State Marketplace (o intercambio estatal) y entra en vigencia a más tardar el día inmediatamente posterior a la revocación de la cobertura patrocinada por su empleador.
- Debe notificar a Recursos Humanos dentro de los 30 días de cualquiera de los cambios de estado anteriores, con la excepción de lo siguiente que requiere notificación dentro de los 60 días:
- Pérdida de elegibilidad o inscripción en Medicaid o programas estatales de seguro de salud (por ejemplo, Healthy Families)

Aviso de Privacidad de HIPAA

Aviso de prácticas de privacidad de la información médica

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica, y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor revísela con atención.

Este aviso es requerido por la ley bajo la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros de Salud, Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA). Uno de sus propósitos principales es asegurarse de que la información sobre su salud se maneje con especial respeto por su privacidad. HIPAA incluye numerosas disposiciones diseñadas para mantener la privacidad y confidencialidad de su información médica protegida, protected health information (PHI). La PHI es información médica que contiene identificadores, como su nombre, dirección, número de seguro social u otra información que lo identifique.

Nuestro compromiso con respecto a la información médica

- Entendemos que la información médica sobre usted y su salud es personal.
- Estamos comprometidos a proteger su información médica.
- Este aviso le indicará las formas en que podemos usar y divulgar su información médica.
- También describimos sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos con respecto al uso y divulgación de información médica.

Estamos obligados por ley a

- Asegurar que la información médica que lo identifica se mantenga privada;
- Darle este aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica;
- Seguir los términos del aviso que están actualmente en vigor.

El plan utilizará su información médica para

Tratamiento: El plan puede utilizar su información médica para ayudar a sus proveedores de atención médica (médicos, farmacias, hospitales y otros) a ayudar en su tratamiento. Por ejemplo, el plan puede proporcionar al médico tratante el nombre de otro proveedor tratante para obtener registros o información necesaria para su tratamiento.

Operaciones regulares: podemos usar información en los registros médicos para revisar nuestra experiencia en reclamos y para tomar determinaciones con respecto a las opciones de beneficios que ofrecemos a los empleados.

Socios comerciales: hay algunos servicios que se brindan en nuestra organización a través de contratos con socios comerciales. Los acuerdos de socios comerciales se mantienen con las compañías de seguros y otros terceros que brindan servicios al plan. Los socios comerciales con acceso a su información deben adherirse a un contrato que exija el cumplimiento de las reglas de privacidad y seguridad de HIPAA.

Según lo requiera la ley: Divulgaremos información médica sobre usted cuando así lo requieran las leyes federales, estatales o locales.

Cumplimiento de la ley: Podemos divulgar su información médica para fines de cumplimiento de la ley, o en respuesta a una citación válida u otra solicitud judicial o administrativa.

Salud pública: también podemos usar y divulgar su información médica para ayudar con actividades de salud pública (por ejemplo, informar a una agencia federal) o actividades de supervisión de la salud (por ejemplo, en una investigación del gobierno).

Sus derechos con respecto a su información médica

Aunque su historial médico es propiedad física de la entidad que lo recopiló, la información le pertenece a usted. Tienes derecho a:

- Solicitar una restricción sobre ciertos usos y divulgaciones de su información, cuando se trate de un servicio ya pagado;
- Obtener una copia impresa del Aviso de prácticas de privacidad de la información médica solicitándolo al funcionario de privacidad del plan;
- Inspeccionar y obtener una copia de su información médica;
- Solicitar una enmienda a su información médica;
- Obtener un informe de las divulgaciones de su información médica;
- Solicitar que las comunicaciones de su información médica se envíen de una manera diferente o ha un lugar diferente al habitual (por ejemplo, puede solicitar que el sobre se marque como "Confidencial" o que lo enviemos a su dirección de trabajo en lugar de a su domicilio);
- Revocar por escrito su autorización para usar o divulgar información médica, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas, basándose en esa autorización.
- Autorizar a alguien a ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica (por ejemplo, un poder médico).

Responsabilidades del Plan

El plan debe:

- Mantener la privacidad de su PHI; (información de salud eliminada en esta sección aquí y a continuación)
- Proporcionarle un aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información que recopilamos y mantenemos sobre usted;
- Cumplir con los términos de este aviso;
- Notificarle si no podemos aceptar una restricción, enmienda u otra solicitud solicitada;
- Notificarle de cualquier violación de su PHI personal dentro de los 60 días.
- Acomodar cualquier solicitud razonable que pueda tener para comunicar su PHI por medios alternativos o en ubicaciones alternativas.
- El plan no usará ni divulgará su PHI sin su consentimiento o autorización, excepto según lo disponga la ley o se describa en este aviso.

El plan se reserva el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad de la salud. En caso de que cambiemos nuestras prácticas de privacidad de una manera material, pondremos a su disposición una nueva versión de nuestro aviso.

Para obtener más información o informar un problema

- Si tiene preguntas o desea información adicional, o si desea hacer una solicitud para inspeccionar, copiar o enmendar información médica, o para un informe de divulgaciones, comuníquese con el oficial de privacidad del plan. Todas las solicitudes deben presentarse por escrito.
- Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja formal ante el funcionario de privacidad del plan; o con la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. enviando una carta a 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy / hipaa / quejas /. No se le sancionará ni se tomarán represalias contra usted por presentar una queja.

Otros usos de la información médica

Otros usos y divulgaciones de información médica no cubiertos por este aviso o las leyes que se aplican a nosotros se harán solo con su autorización por escrito. Si nos autoriza a utilizar o divulgar información médica sobre usted, puede revocar esa autorización, por escrito, en cualquier momento. Si revoca su autorización, ya no utilizaremos ni divulgaremos su información médica por las razones cubiertas por su autorización por escrito. Usted comprende que no podemos retirar ninguna divulgación que ya hayamos hecho con su autorización y que estamos obligados a conservar nuestros registros de las actividades de pago que le proporcionamos.

Información importante sobre cómo la reforma de la atención médica afecta su plan

Designaciones de proveedores de atención primaria

Para planes y emisores que requieren o permiten la designación de proveedores de atención primaria por parte de participantes o beneficiarios:

- Su HMO generalmente requiere la designación de un proveedor de atención primaria. Tiene derecho a designar a cualquier proveedor de atención primaria que participe en nuestra red y que esté disponible para aceptarlo a usted o a los miembros de su familia. Para obtener información sobre cómo seleccionar un proveedor de atención primaria y para obtener una lista de los proveedores de atención primaria participantes, comuníquese con su oficina de Recursos Humanos.

Para planes y emisores que requieran o permitan la designación de un proveedor de atención primaria para un niño:

- En el caso de los niños, puede designar a un pediatra como proveedor de atención primaria.

Para planes y emisores que brindan cobertura para atención obstétrica o ginecológica y requieren la designación de un participante o beneficiario de un proveedor de atención primaria:

- No necesita autorización previa de su proveedor de seguros ni de ninguna otra persona (incluido un proveedor de atención primaria) para obtener acceso a la atención obstétrica o ginecológica de un profesional de la salud de nuestra red que se especialice en obstetricia o ginecología. Sin embargo, es posible que se le solicite al profesional de la salud que cumpla con ciertos procedimientos, incluida la obtención de autorización previa para ciertos servicios, el seguimiento de un plan de tratamiento aprobado previamente o los procedimientos para realizar derivaciones. Para obtener una lista de los profesionales de la salud participantes que se especializan en obstetricia o ginecología, comuníquese con su oficina de Recursos Humanos.

Planes de Derechos Adquiridos - Grandfathered Plans

Si su plan de salud grupal tiene derechos adquiridos, se aplicará lo siguiente. Según lo permitido por la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, un plan de salud protegido puede preservar cierta cobertura médica básica que ya estaba en vigor cuando se promulgó esa ley. Ser un plan de salud con derechos adquiridos significa que es posible que su plan no incluya ciertas protecciones al consumidor de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio que se aplican a otros planes, por ejemplo, el requisito para la prestación de servicios de salud preventivos sin ningún costo compartido. Sin embargo, los planes de salud con derechos adquiridos deben cumplir con otras protecciones al consumidor en la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, por ejemplo, la eliminación de los límites de por vida en los beneficios.

Las preguntas sobre qué protecciones se aplican y qué protecciones no se aplican a un plan de salud con derechos adquiridos y qué podría causar que un plan cambie del estado del plan de salud con derechos adquiridos se pueden dirigir al administrador del plan. También puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados, Departamento de Trabajo de EE. UU. Al 1-866-444-3272 o www.dol.gov/ebsa/healthreform. Este sitio web tiene una tabla que resume las protecciones que se aplican y las que no se aplican a los planes de salud con derechos adquiridos.

Prohibición de Períodos de Espera Excesivos

Es posible que los planes de salud grupales no apliquen un período de espera que exceda los 90 días. Un período de espera se define como el período que debe transcurrir antes de que la cobertura para un empleado elegible o su dependiente entre en vigencia bajo el Plan. La ley estatal puede requerir períodos de espera más cortos para los planes de salud grupales asegurados. La ley de California requiere que los planes totalmente asegurados cumplan con la limitación del período de espera más restrictivo de no más de 60 días.

Información Importante sobre los Derechos de Continuación de Cobertura de COBRA y Otras Alternativas de Cobertura de Salud

Introducción

Recibió este aviso porque recientemente obtuvo cobertura bajo un plan de salud grupal (el Plan). **Este aviso contiene información importante sobre su derecho a la continuación de la cobertura de COBRA, que es una extensión temporal de la cobertura del Plan. Este aviso explica la continuación de la cobertura de COBRA, cuándo puede estar disponible para usted y su familia, y lo que debe hacer para proteger su derecho a obtenerla, así como otras opciones de cobertura de salud que pueden estar disponibles para usted, incluida la cobertura a través de Medicaid, o el Health Insurance Marketplace®. Para inscribirse en la cobertura del Mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596 (TTY: 1-855-889-4325). La gente en la mayoría de los estados usa www.HealthCare.gov para solicitar e inscribirse en una cobertura de salud; Si su estado tiene su propia plataforma de Mercado, puede encontrar la información de contacto aquí: www.HealthCare.gov/marketplace-in-your-state/.** Cuando se vuelve elegible para COBRA, también puede ser elegible para otras opciones de cobertura que pueden costar menos que la continuación de cobertura de COBRA.

Cuando sea elegible para COBRA, también puede ser elegible para otras opciones de cobertura que pueden costar menos que la continuación de cobertura de COBRA.

El derecho a la continuación de la cobertura de COBRA fue creado por una ley federal, la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación del Presupuesto de 1985 (COBRA "). La continuación de la cobertura de COBRA puede estar disponible para usted y otros miembros de su familia cuando la cobertura de salud grupal terminaría de otro modo. Para obtener más información sobre sus derechos y obligaciones en virtud del Plan y de la ley federal, debe revisar la Descripción resumida del Plan o comunicarse con el Administrador del Plan.

Es posible que tenga otras opciones disponibles cuando pierda la cobertura de salud grupal. Por ejemplo, puede ser elegible para comprar un plan individual a través del Mercado de seguros médicos. Al inscribirse en la cobertura a través del Mercado, puede calificar para costos más bajos en sus primas mensuales y costos de bolsillo más bajos. Además, puede calificar para un período de inscripción especial de 30 días para otro plan de salud grupal para el cual es elegible (como el plan de un cónyuge), incluso si ese plan generalmente no acepta inscripciones tardías.

Lea atentamente la información de este aviso antes de tomar una decisión. Si elige elegir la continuación de la cobertura de COBRA, debe utilizar el Formulario de elección proporcionado por el Plan.

¿Qué es la continuación de la cobertura de COBRA?

La continuación de la cobertura de COBRA es una continuación de la cobertura del Plan cuando, de otro modo, finalizaría debido a un evento de la vida. Esto también se llama un "evento de calificación". Los eventos específicos que califican se enumeran más adelante en este aviso. Después de un evento que califica, se debe ofrecer la continuación de cobertura COBRA a cada persona que sea un "beneficiario calificado". Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios calificados si se pierde la cobertura del Plan debido al evento calificativo. Según el Plan, los beneficiarios calificados que eligen la continuación de la cobertura de COBRA deben pagar la continuación de la cobertura de COBRA.

Si es un empleado, se convertirá en un beneficiario calificado si pierde su cobertura bajo el Plan debido a los siguientes eventos calificativos:

- Se reducen sus horas de trabajo, o
- Su empleo termina por cualquier motivo que no sea su falta grave.

Si es el cónyuge de un empleado, se convertirá en un beneficiario calificado si pierde su cobertura bajo el Plan debido a los siguientes eventos calificativos:

- Su cónyuge muere;
- Se reducen las horas de trabajo de su cónyuge;
- El empleo de su cónyuge termina por cualquier motivo que no sea su falta grave;
- Su cónyuge adquiere derecho a los beneficios de Medicare (según la Parte A, la Parte B o ambas); o
- Se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge.

Sus hijos dependientes se convertirán en beneficiarios calificados si pierden la cobertura del Plan debido a los siguientes eventos calificativos:

- Muere el padre-empleado;
- Se reducen las horas de trabajo del padre-empleado;

- El empleo del padre-empleado termina por cualquier motivo que no sea su falta grave;
- El padre-empleado adquiere 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 continuación de la cobertura de COBRA?

El Plan ofrecerá la continuación de la cobertura de COBRA a los beneficiarios calificados solo después de que se haya notificado al Administrador del Plan que ha ocurrido un evento calificador. El empleador debe notificar al Administrador del Plan de los siguientes eventos calificativos:

- El fin del empleo o la reducción de horas de trabajo;
- Muerte del empleado; o
- El empleado tiene derecho a los beneficios de Medicare (según la Parte A, la Parte B o ambas).

Para todos los demás eventos calificativos (divorcio o separación legal del empleado y el cónyuge o la pérdida de elegibilidad de un hijo dependiente para la cobertura como hijo dependiente), debe notificar al Administrador del Plan dentro de los 60 días posteriores a la ocurrencia del evento calificador.

¿Cómo se proporciona la continuación de la cobertura de COBRA?

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

La continuación de la cobertura de COBRA es una continuación temporal de la cobertura que generalmente dura 18 meses debido a la terminación del empleo o la reducción de las horas de trabajo. Ciertos eventos que califican, o un segundo evento que califica durante el período inicial de cobertura, pueden permitir que un beneficiario reciba un máximo de 36 meses de cobertura.

También hay formas en que se puede extender este período de 18 meses de continuación de la cobertura de COBRA:

Extensión por discapacidad del período de 18 meses de la continuación de la cobertura de COBRA

Si el Seguro Social determina que usted o alguien de su familia cubierto por el Plan está discapacitado y usted notifica al Administrador del Plan de manera oportuna, usted y toda su familia pueden tener derecho a obtener hasta 11 meses adicionales de continuación de cobertura COBRA, por un máximo de 29 meses. La discapacidad debe haber comenzado en algún momento antes del día 60 de la continuación de la cobertura de COBRA y debe durar al menos hasta el final del período de 18 meses de la continuación de la cobertura de COBRA.

Segunda extensión de evento calificado del período de continuación de cobertura de 18 meses

Si su familia experimenta otro evento que califica durante los 18 meses de la continuación de la cobertura de COBRA, el cónyuge y los hijos dependientes de su familia pueden obtener hasta 18 meses adicionales de la continuación de la cobertura de COBRA, por un máximo de 36 meses, si se notifica adecuadamente al Plan sobre el segundo evento de clasificación. Esta extensión puede estar disponible para el cónyuge y cualquier hijo dependiente que reciba cobertura de continuación de COBRA si el empleado o ex empleado fallece; adquiere derecho a los beneficios de Medicare (según la Parte A, la Parte B o ambas); se divorcia o se separa legalmente; o si el hijo dependiente deja de ser elegible bajo el Plan como hijo dependiente. Esta extensión solo está disponible si el segundo evento calificado hubiera causado que el cónyuge o hijo dependiente perdiera la cobertura del Plan si no hubiera ocurrido el primer evento calificado.

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

Si. En lugar de inscribirse en la continuación de la cobertura COBRA, puede haber otras opciones de cobertura para usted y su familia a través del Mercado de seguros médicos, Medicare, Medicaid, el Programa de seguro médico para niños (CHIP) u otras opciones de cobertura de planes de salud grupales (como el plan de un cónyuge).) a través de lo que se denomina un "período de inscripción especial". Si no es elegible para recibir asistencia con las primas según el ARP, algunas de estas opciones pueden costar menos que la continuación de la cobertura de COBRA. Puede obtener más información sobre muchas de estas opciones en www.healthcare.gov. Si es elegible para otra cobertura de salud grupal, como a través del plan de un nuevo empleador o el plan de un cónyuge (sin incluir beneficios exceptuados, un arreglo de reembolso de salud de empleador pequeño calificado (QSEHRA) o un arreglo de gastos flexibles de salud (FSA)), o Si es elegible para Medicare, no es elegible para la asistencia con la prima de ARP. Sin embargo, si tiene una cobertura de seguro de salud individual, como un plan a través de un Mercado, o si tiene Medicaid, puede ser elegible para la asistencia con la prima de ARP si elige la continuación de la cobertura de COBRA. No será elegible para un crédito fiscal para la

prima, o pagos por adelantado del crédito fiscal para la prima, para su cobertura del Mercado durante los meses en que esté inscrito en la continuación de la cobertura de COBRA y es posible que no sea elegible para los meses durante los cuales sigue siendo un empleado pero es elegible. para la continuación de la cobertura de COBRA con asistencia para las primas debido a una reducción de horas. Si es elegible para Medicare, considere inscribirse durante su período de inscripción especial para evitar una brecha en la cobertura cuando finalice su cobertura COBRA y una multa por inscripción tardía.

Debe comparar sus otras opciones de cobertura con la cobertura de continuación de COBRA y elegir la cobertura que sea mejor para usted. Por ejemplo, si se cambia a otra cobertura, es posible que pague más de su bolsillo de lo que pagaría con COBRA porque la nueva cobertura puede imponer un nuevo deducible. Además, tenga en cuenta que si elige la continuación de la cobertura de COBRA con asistencia con la prima, entonces puede calificar para un período de inscripción especial para inscribirse en la cobertura del Mercado cuando finalice la asistencia con la prima. Puede usar el período de inscripción especial para inscribirse en la cobertura del Mercado con un crédito fiscal si finaliza su continuación de cobertura COBRA cuando finaliza su asistencia con la prima y, de lo contrario, es elegible.

Cuando pierde la cobertura de salud basada en el trabajo, es importante que elija cuidadosamente entre la continuación de la cobertura COBRA y otras opciones de cobertura, porque una vez que haya hecho su elección, puede ser difícil o imposible cambiar a otra opción de cobertura hasta la próxima apertura disponible. período de inscripción.

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

En general, si no se inscribe en la Parte A o B de Medicare cuando es elegible por primera vez porque todavía está empleado, después del período de inscripción inicial de Medicare, tiene un período de inscripción especial de 8 meses para inscribirse en la Parte A de Medicare o B, comenzando en el primero de

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

Si no se inscribe en Medicare y elige la continuación de la cobertura de COBRA, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte B y es posible que tenga una brecha en la cobertura si decide que desea la Parte B más adelante. Si elige la continuación de la cobertura de COBRA y luego se inscribe en la Parte A o B de Medicare antes de que finalice la continuación de la cobertura de COBRA, el Plan puede cancelar su continuación de la cobertura. Sin embargo, si Medicare Parte A o B entra en vigencia en la fecha de la elección de COBRA o antes, la cobertura de COBRA no puede interrumpirse debido al derecho de Medicare, incluso si se inscribe en la otra parte de Medicare después de la fecha de elección de COBRA. Cobertura.

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

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

Si tienes preguntas

Las preguntas sobre su Plan o sus derechos de continuación de cobertura COBRA deben dirigirse al contacto o contactos identificados a continuación. Para obtener más información sobre sus derechos en virtud de la Ley de Seguridad de Ingresos por Jubilación de los Empleados (ERISA), incluida COBRA, la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible y otras leyes que afectan a los planes de salud grupales, comuníquese con la Oficina Regional o de Distrito del Empleado del Departamento de Trabajo de EE. UU. Más cercana. Benefits Security Administration (EBSA) en su área o visite www.dol.gov/ebsa. (Las direcciones y los números de teléfono de las oficinas regionales y distritales de EBSA están disponibles en el sitio web de EBSA). Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov.

Mantenga su plan informado de los cambios de dirección

Para proteger los derechos de su familia, informe al administrador del plan sobre cualquier cambio en las direcciones de los miembros de la familia. También debe guardar una copia, para sus registros, de cualquier aviso que envíe al Administrador del Plan.

Información de contacto de los planes

Comuníquese con el administrador del plan para obtener más información.

<https://www.medicare.gov/sign-up-change-plans/how-do-i-get-parts-a-b/part-a-part-b-sign-up-periods>

Derechos de USERRA separados para el servicio militar: Los derechos de continuación de la cobertura de atención médica de COBRA discutidos anteriormente son independientes de los derechos de continuación de la cobertura de atención médica de USERRA para el servicio militar calificado, aunque pueden ejecutarse simultáneamente.

Si deja el empleo para ingresar al servicio militar, debe comunicarse con Recursos Humanos para determinar si también tiene derechos de continuación de la cobertura de atención médica de USERRA.

Uniformed Services Employment & Reemployment Rights Act of 1994 (USERRA), Notice of Right to Continued Coverage under USERRA

Derecho a continuar con la cobertura

Bajo la Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de Servicios Uniformados, Uniformed Services Employment & Reemployment Rights Act of 1994 (USERRA), usted (el empleado) tiene derecho a continuar la cobertura que usted (y sus dependientes cubiertos, si los hubiera) tenían bajo el Plan Médico de la Compañía si se cumplen las siguientes condiciones:

- Está ausente del trabajo debido al servicio en los servicios uniformados (definido a continuación);
- Estaba cubierto por el Plan en el momento en que comenzó su ausencia del trabajo; y
- Usted (o un oficial apropiado de los servicios uniformados) le proporcionó a su empleador un aviso previo de su ausencia del trabajo (está eximido de cumplir con esta condición si el cumplimiento está impedido por una necesidad militar o es imposible o irrazonable de otro modo bajo las circunstancias).

Cómo Continuar la Cobertura

Si se cumplen las condiciones, usted (o su representante autorizado) puede optar por continuar con su cobertura (y la cobertura de sus dependientes cubiertos).

¿Qué Sucede si No Elige Continuar con la Cobertura?

Si no envía un Formulario de elección completado a tiempo como se le indica o no realiza el pago de la prima dentro del tiempo requerido, perderá sus derechos de continuación bajo el Plan, a menos que el cumplimiento de estos requisitos esté impedido por una necesidad militar o sea imposible o Irrazonable dadas las circunstancias.

Si no elige la continuación de la cobertura, su cobertura (y la cobertura de sus dependientes cubiertos, si corresponde) bajo el Plan finaliza a partir del final del mes en el que deja de trabajar debido a su licencia por servicio uniformado.

Prima para Continuar con su Cobertura

La prima que debe pagar para continuar su cobertura depende de su período de servicio en los servicios uniformados. Comuníquese con Recursos Humanos para obtener más detalles. Si la duración total de la licencia es inferior a 31 días, no se le pedirá que pague más de la parte que pagó antes de la licencia. Si su licencia continúa más allá de los 31 días, debe pagar su parte de la prima, la parte de la prima del empleador y una tarifa administrativa del 2% para conservar la cobertura. Si toma una licencia militar, pero su cobertura bajo el Plan finaliza, por ejemplo, porque no elige la cobertura extendida, se lo tratará como si no hubiera tomado una licencia militar al volver al empleo al determinar si una exclusión o espera. El período se aplica a su reincorporación al Plan.

Período de Tiempo que se Puede Continuar con la Cobertura

Si es elegido, la continuación de la cobertura puede durar 24 meses a partir de la fecha en que comenzó la licencia del empleado para el servicio uniformado. Sin embargo, la cobertura terminará automáticamente antes si ocurre uno de los siguientes eventos:

- Una prima no se paga en su totalidad dentro del tiempo requerido;
- No regresa al trabajo o solicita el reempleo dentro del tiempo requerido por USERRA (ver más abajo) luego de completar su servicio en los servicios uniformados; o
- Pierde sus derechos bajo USERRA como resultado de un despido deshonroso u otra conducta especificada en USERRA.

No le avisaremos con anticipación cuando finalice su continuación de cobertura. En circunstancias en las que también se aplican los derechos de continuación de cobertura de COBRA (consulte la sección titulada "Ley de conciliación presupuestaria ómnibus consolidada de 1985" a continuación), una elección para continuar la cobertura durante una licencia militar será una elección para tomar COBRA, y los dos se ejecutarán simultáneamente.

Presentación de Informes para Trabajar / Solicitud de Reempleo

Su derecho a continuar la cobertura bajo USERRA terminará si no notifica a Recursos Humanos de su intención de regresar al trabajo dentro del plazo requerido por USERRA luego de la finalización de su servicio en los servicios uniformados al reportarse a trabajar por menos de 31 días) o solicitando reempleo (si su servicio uniformado fue por más de 30 días). El tiempo para regresar al trabajo depende del período de servicio uniformado, de la siguiente manera:

Período de Servicio Uniformado	Informe al Requisito de Trabajo
Menos de 31 días	El comienzo del primer período de trabajo programado regularmente el día siguiente a la finalización de su servicio, después de permitir un viaje seguro a casa y un período de descanso de ocho horas, o si eso no es razonable o imposible por causas ajenas a usted, entonces tan pronto como es posible
31-180 días	Envíe una solicitud de reemplazo dentro de los 14 días posteriores a la finalización de su servicio o, si eso no es razonable o imposible por causas ajenas a usted, tan pronto como sea posible
181 días o más	Envíe una solicitud de reemplazo dentro de los 90 días posteriores a la finalización de su servicio
Cualquier período si se trata de un examen de aptitud para realizar el servicio uniformado	Informe al comienzo del primer período de trabajo programado regularmente el día siguiente a la finalización de su servicio, después de permitir un viaje seguro a casa y un período de descanso de ocho horas, o si eso no es razonable o imposible por causas ajenas a usted, como tan pronto como sea posible
Cualquier período si fue hospitalizado o está convaleciente de una lesión o enfermedad incurrida o agravada como resultado de su servicio	Informe o envíe una solicitud de reemplazo como se indicó anteriormente (según la duración del período de servicio), excepto que los períodos de tiempo comienzan cuando se recupera de sus lesiones o enfermedades en lugar de al completar su servicio. El período máximo de recuperación está limitado a dos años a partir de la finalización del servicio, pero puede extenderse si circunstancias fuera de su control hacen que sea imposible o irrazonable que se presente a trabajar dentro de los períodos de tiempo anteriores

Definiciones

Para que tenga derecho a la cobertura continua bajo USERRA, su ausencia del trabajo debe deberse a "servicio en los servicios uniformados".

- Servicios uniformados, "Uniformed services" significa las Fuerzas Armadas, la Guardia Nacional del Ejército y la Guardia Nacional Aérea cuando una persona está involucrada en el servicio activo para entrenamiento, entrenamiento en servicio inactivo o servicio de la Guardia Nacional a tiempo completo (es decir, de conformidad con órdenes emitidas bajo ley), el cuerpo comisionado del Servicio de Salud Pública y cualquier otra categoría de personas designadas por el Presidente en tiempo de guerra o emergencia nacional
- "Servicio en los servicios uniformados", "Service in the uniformed services" o "service", "servicio" significa el desempeño del deber de forma voluntaria o involuntaria en los servicios uniformados bajo la autoridad competente, incluido el servicio activo, el servicio activo e inactivo para entrenamiento, el servicio de la Guardia Nacional según el estatuto federal, un período por el cual una persona está ausente del empleo para un examen para determinar su aptitud para realizar cualquiera de estos deberes, y un período durante el cual una persona está ausente del empleo para realizar ciertos deberes de honores funerarios. También incluye ciertos servicios por parte de personas designadas para la respuesta a desastres intermitentes del Sistema Médico Nacional de Desastres, National Disaster Medical System (NDMS).

Derechos y responsabilidades de los empleados en virtud de la ley Family Medical Leave Act

Derecho de Licencia Básica

La Ley de Licencia Médica Familiar, Family Medical Leave Act (FMLA, por sus siglas en inglés) requiere que los empleadores cubiertos proporcionen hasta 12 semanas de licencia laboral protegida sin goce de sueldo a los empleados elegibles por las siguientes razones:

- Por incapacidad por embarazo, atención médica prenatal o parto;
- Para cuidar al hijo del empleado después del nacimiento, o la colocación para adopción o cuidado de crianza;
- Para cuidar al cónyuge, hijo o padre del empleado, que tiene una condición de salud grave; o
- Por una condición de salud grave que imposibilite al empleado para realizar su trabajo.

Military Family Leave Entitlements / Derechos de Licencia Familiar Militar

Los empleados elegibles cuyo cónyuge, hijo, hija o padre esté en servicio activo cubierto o llamado al estado de servicio activo cubierto pueden usar su derecho de licencia de 12 semanas para abordar ciertas exigencias calificadas. Las exigencias de calificación pueden incluir asistir a ciertos eventos militares, organizar cuidado infantil alternativo, abordar ciertos arreglos financieros y legales, asistir a ciertas sesiones de asesoramiento y asistir a reuniones informativas de reintegración posteriores al despliegue.

FMLA también incluye un derecho de licencia especial que permite a los empleados elegibles tomar hasta 26 semanas de licencia para cuidar a un miembro del servicio cubierto durante un solo período de 12 meses. Un miembro del servicio cubierto es:

- (1) un miembro actual de las Fuerzas Armadas, incluido un miembro de la Guardia Nacional o de las Reservas, que está recibiendo tratamiento médico, recuperación o terapia, se encuentra en estado ambulatorio o está en la lista de jubilados por discapacidad temporal, por una lesión o enfermedad grave ; o
- (2) un veterano que fue despedido o liberado en condiciones que no sean deshonrosas en cualquier momento durante el período de cinco años antes de la primera fecha en que el empleado elegible toma una licencia FMLA para cuidar al veterano cubierto y que está recibiendo tratamiento médico, recuperación o terapia para una lesión o enfermedad grave. (4)

Beneficios y Protecciones

Durante la licencia FMLA, el empleador debe mantener la cobertura médica del empleado bajo cualquier "plan de salud grupal" en los mismos términos que si el empleado hubiera continuado trabajando. Al regresar de la licencia FMLA, la mayoría de los empleados deben volver a sus puestos originales o equivalentes con salario, beneficios y otros términos de empleo equivalentes.

Si toma una licencia que califica como licencia familiar o médica según la Ley de Licencia Familiar y Médico, Family and Medical Leave Act of 1993 (una "licencia FMLA"), la cobertura para usted y los miembros de su familia continúa siempre que continúe pagando su parte del costo de la cobertura durante la licencia FMLA. Si una parte de su licencia es paga, el costo de la cobertura se seguirá deduciendo de su sueldo antes de impuestos. Si una parte de su licencia no es remunerada (no recibe pago del empleador pero puede estar recibiendo beneficios por discapacidad de la compañía de seguros), recibirá una carta que describe la parte de su licencia que no está remunerada y cómo presentar el pago de la cobertura del seguro. . Estos pagos deben realizarse después de impuestos, ya que no tendrá ningún pago del que se puedan deducir los pagos. Para obtener información adicional sobre las licencias FMLA, comuníquese con su empleador.

El uso de la licencia FMLA no puede resultar en la pérdida de ningún beneficio laboral acumulado antes del inicio de la licencia de un empleado.

Requisitos de Elegibilidad

Los empleados son elegibles si han trabajado para un empleador cubierto durante al menos 12 meses, tienen 1250 horas de servicio en los 12 meses anteriores (5) y si el empleador emplea al menos 50 empleados dentro de las 75 millas de su lugar de trabajo.

Definición de Condición de Salud Grave

Una afección de salud grave es una enfermedad, lesión, impedimento o afección física o mental que implica pasar la noche en un centro de atención médica o el tratamiento continuo por parte de un proveedor de atención médica por una afección que impide que el empleado realice las funciones de el trabajo del empleado, o impide que el familiar calificado participe en la escuela u otras actividades diarias.

Sujeto a ciertas condiciones, el requisito de tratamiento continuo puede cumplirse mediante un período de incapacidad de más de 3 días calendario consecutivos combinado con al menos dos visitas a un proveedor de atención médica o una visita y un régimen de tratamiento continuo, o incapacidad debido al embarazo. , o incapacidad debido a una condición crónica. Otras condiciones pueden cumplir con la definición de tratamiento continuo.

Uso de Licencia

Un empleado no necesita usar este derecho de licencia en un bloque. La licencia se puede tomar de manera intermitente o con un horario de licencia reducido cuando sea médicamente necesario. Los empleados deben hacer esfuerzos razonables para programar la licencia para el tratamiento médico planificado a fin de no interrumpir indebidamente las operaciones del empleador. La licencia debido a exigencias de calificación también puede tomarse de manera intermitente.

Sustitución de Licencia Pagada por Licencia Sin Goce de Sueldo

Los empleados pueden elegir o los empleadores pueden requerir el uso de la licencia pagada acumulada mientras toman la licencia FMLA. Para utilizar la licencia pagada para la licencia FMLA, los empleados deben cumplir con las pólizas normales de licencia pagada del empleador.

Responsabilidades de los Empleados

Los empleados deben notificar con 30 días de anticipación la necesidad de tomar una licencia FMLA cuando sea previsible. Cuando no es posible avisar con 30 días de anticipación, el empleado debe notificarlo tan pronto como sea posible y, en general, debe cumplir con los procedimientos normales de llamada del empleador. Los empleados deben proporcionar información suficiente para que el empleador determine si la licencia puede calificar para la protección de la FMLA y el momento y la duración anticipados de la licencia.

La información suficiente puede incluir que el empleado no puede realizar funciones laborales; el miembro de la familia no puede realizar las actividades diarias, la necesidad de hospitalización o tratamiento continuo por parte de un proveedor de atención médica; o circunstancias que apoyen la necesidad de una licencia familiar militar. Los empleados también deben informar al empleador si la licencia solicitada es por una razón por la cual la licencia FMLA se tomó o certificó anteriormente. También se puede solicitar a los empleados que proporcionen una certificación y una recertificación periódica que respalde la necesidad de una licencia.

Responsabilidades del Empleador

Los empleadores cubiertos deben informar a los empleados que soliciten una licencia si son elegibles bajo FMLA. Si es así, el aviso debe especificar cualquier información adicional requerida, así como los derechos y responsabilidades de los empleados. Si no son elegibles, el empleador debe proporcionar una razón para la inelegibilidad.

Los empleadores cubiertos deben informar a los empleados si la licencia se designará como protegida por FMLA y la cantidad de licencia se contará contra el derecho de licencia del empleado. Si el empleador determina que la licencia no está protegida por FMLA, el empleador debe notificar al empleado.

Actos Ilícitos de Empleadores

FMLA establece que es ilegal que cualquier empleador:

Interferir, restringir o negar el ejercicio de cualquier derecho provisto bajo FMLA;

Despedir o discriminar a cualquier persona por oponerse a cualquier práctica declarada ilegal por FMLA o por participar en cualquier procedimiento bajo o relacionado con FMLA.

Aplicación

Un empleado puede presentar una queja ante el Departamento de Trabajo de EE. UU. O puede presentar una demanda privada contra un empleador.

FMLA no afecta ninguna ley federal o estatal que prohíba la discriminación ni reemplaza ninguna ley estatal o local o acuerdo de negociación colectiva que brinde mayores derechos de licencia familiar o médica.

La sección 109 de FMLA (29 U.S.C. § 2619) requiere que los empleadores cubiertos por FMLA publiquen el texto de este aviso. Reglamento 29 C.F.R. § 825.300 (a) puede requerir divulgaciones adicionales.

Para obtener información adicional: (866) 4US-WAGE ((866) 487-9243) TTY: (877) 889-5627 www.wagehour.dol.gov

Notas a pie de página:

¹Indica que este evento también es un “Cambio de estado” calificado

²Indica que este evento también es un derecho de inscripción especial de HIPAA.

³Indica que este evento también es un evento de calificación COBRA

⁴Las definiciones de la FMLA de “lesión o enfermedad grave” para los miembros actuales del servicio y los veteranos son distintas de la definición de la FMLA de “condición de salud grave”

⁵Se aplican requisitos especiales de elegibilidad para horas de servicio a los empleados de la tripulación de vuelo de una aerolínea.

Programas de bienestar

Si su empleador ofrece un programa de bienestar voluntario disponible para todos los empleados que ofrece una recompensa por participar en una actividad relacionada con la salud o por lograr un resultado de salud específico, el programa se administrará de acuerdo con las reglas federales que permiten los programas de bienestar patrocinados por el empleador que buscan mejorar la salud de los empleados o prevenir enfermedades, incluida la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990, la Ley de No Discriminación por Información Genética de 2008 y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud, según corresponda, entre otras.

Si no puede participar en ninguna de las actividades relacionadas con la salud o lograr cualquiera de los resultados de salud necesarios para obtener un incentivo, puede tener derecho a una adaptación razonable o un estándar alternativo. Puede solicitar una adaptación razonable o un estándar alternativo comunicándose con el contacto del plan que se indica al principio de estos avisos.

El empleador está obligado por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica identificable personalmente. Aunque el programa de bienestar y el empleador pueden usar la información agregada que recopila para diseñar un programa basado en los riesgos de salud identificados en el lugar de trabajo, el programa de bienestar nunca revelará su información personal ni públicamente ni al empleador, excepto cuando sea necesario para responder a una solicitud suya para una adaptación razonable necesaria para participar en el programa de bienestar, o según lo permita expresamente la ley. La información médica que lo identifica personalmente y que se proporciona en relación con el programa de bienestar no se proporcionará a sus supervisores o gerentes y nunca se utilizará para tomar decisiones con respecto a su empleo.

Su información médica no se venderá, intercambiará, transferirá ni divulgará de ninguna otra manera, excepto en la medida en que lo permita la ley para llevar a cabo actividades específicas relacionadas con el programa de bienestar, y no se le pedirá ni exigirá que renuncie a la confidencialidad de su información médica como una condición para participar en el programa de bienestar o recibir un incentivo. Cualquiera que reciba su información con el propósito de brindarle servicios como parte del programa de bienestar cumplirá con los mismos requisitos de confidencialidad. Las únicas personas que recibirán su información de salud de identificación personal son aquellas que necesitan dicha información para poder brindarle los servicios del programa de bienestar.

Además, toda la información médica obtenida a través del programa de bienestar se mantendrá separada de sus registros personales, la información almacenada electrónicamente se cifrará y ninguna información que proporcione como parte del programa de bienestar se utilizará para tomar una decisión de empleo. Se tomarán las precauciones adecuadas para evitar cualquier violación de datos y, en caso de que ocurra una violación de datos que involucre la información que proporcione en relación con el programa de bienestar, se lo notificaremos de inmediato.

No puede ser discriminado en el empleo debido a la información médica que proporcione como parte de su participación en el programa de bienestar, ni puede ser objeto de represalias si decide no participar.

Si tiene preguntas o inquietudes con respecto al programa de bienestar de este aviso, o sobre las protecciones contra la discriminación y las represalias, comuníquese con el contacto del plan indicado al principio de estos avisos.

Asistencia para las primas de Medicaid y el Programa de seguro médico para niños (CHIP)

Asistencia con las primas bajo Medicaid y el Programa de Seguro de Salud para Menores (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para cobertura médica de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia con las primas que puede ayudar a pagar por la cobertura, utilizando 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 con las primas, pero es probable que pueda comprar cobertura de seguro individual a través del mercado de seguros médicos. Para obtener más información, visite www.cuidadodesalud.gov.

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

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y usted cree que usted o cualquiera de sus dependientes puede ser elegible para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado, llame al **1-877-KIDS NOW** o visite espanol.insurekidsnow.gov/ para información sobre como presentar su solicitud. Si usted es elegible, pregunte a su estado si tiene un programa que pueda ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

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

Si usted vive en uno de los siguientes estados, tal vez sea elegible para asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente es una lista de estados actualizada al 31 de Julio de 2024. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad -

ALABAMA – Medicaid	ALASKA – Medicaid
Website: http://myalhipp.com/ Phone: 1-855-692-5447	The AK Health Insurance Premium Payment Program Website: http://myakhipp.com/ Phone: 1-866-251-4861 Email: CustomerService@MyAKHIPP.com Medicaid Eligibility: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx
ARKANSAS – Medicaid	CALIFORNIA – Medicaid

Website: http://myarhipp.com/ Phone: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Website: http://dhcs.ca.gov/hipp Phone: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Email: hipp@dhcs.ca.gov
COLORADO – Health First Colorado (Colorado’s Medicaid Program) & Child Health Plan Plus (CHP+)	FLORIDA – Medicaid
Health First Colorado Website: https://www.healthfirstcolorado.com/ Health First Colorado Member Contact Center: 1-800-221-3943/State Relay 711 CHP+: https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus CHP+ Customer Service: 1-800-359-1991/State Relay 711 Health Insurance Buy-In Program (HIBI): https://www.mycohibi.com/ HIBI Customer Service: 1-855-692-6442	Website: https://www.flmedicaidtprecovery.com/flmedicaidtprecovery.com/hipp/index.html Phone: 1-877-357-3268
GEORGIA – Medicaid	INDIANA – Medicaid
GA HIPP Website: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Phone: 678-564-1162, Press 1 GA CHIPRA Website: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Phone: 678-564-1162, Press 2	Health Insurance Premium Payment Program All other Medicaid Website: https://www.in.gov/medicaid/ http://www.in.gov/fssa/dfcr/ Family and Social Services Administration Phone: 1-800-403-0864 Member Services Phone: 1-800-457-4584
IOWA – Medicaid and CHIP (Hawki)	KANSAS – Medicaid

Medicaid Website: Iowa Medicaid Health & Human Services Medicaid Phone: 1-800-338-8366 Hawki Website: Hawki - Healthy and Well Kids in Iowa Health & Human Services Hawki Phone: 1-800-257-8563 HIPP Website: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Health & Human Services (iowa.gov) HIPP Phone: 1-888-346-9562	Website: https://www.kancare.ks.gov/ Phone: 1-800-792-4884 HIPP Phone: 1-800-967-4660
KENTUCKY – Medicaid	LOUISIANA – Medicaid
Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP) Website: https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Phone: 1-855-459-6328 Email: KIHIPP.PROGRAM@ky.gov KCHIP Website: https://kynect.ky.gov Phone: 1-877-524-4718 Kentucky Medicaid Website: https://chfs.ky.gov/agencies/dms	Website: www.medicaid.la.gov or www.ldh.la.gov/lahipp Phone: 1-888-342-6207 (Medicaid hotline) or 1-855-618-5488 (LaHIPP)
MAINE – Medicaid	MASSACHUSETTS – Medicaid and CHIP
Enrollment Website: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US Phone: 1-800-442-6003 TTY: Maine relay 711 Private Health Insurance Premium Webpage: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Phone: 1-800-977-6740 TTY: Maine relay 711	Website: https://www.mass.gov/masshealth/pa Phone: 1-800-862-4840 TTY: 711 Email: masspremassistance@accenture.com
MINNESOTA – Medicaid	MISSOURI – Medicaid

Website: https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/ Phone: 1-800-657-3672	Website: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Phone: 573-751-2005
--	--

MONTANA – Medicaid	NEBRASKA – Medicaid
Website: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Phone: 1-800-694-3084 Email: HHSHIPPProgram@mt.gov	Website: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Phone: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178
NEVADA – Medicaid	NEW HAMPSHIRE – Medicaid
Medicaid Website: http://dhcfp.nv.gov Medicaid Phone: 1-800-992-0900	Website: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Phone: 603-271-5218 Toll free number for the HIPP program: 1-800-852-3345, ext. 15218 Email: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov
NEW JERSEY – Medicaid and CHIP	NEW YORK – Medicaid
Medicaid Website: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Phone: 1-800-356-1561 CHIP Premium Assistance Phone: 609-631-2392 CHIP Website: http://www.njfamilycare.org/index.html CHIP Phone: 1-800-701-0710 (TTY: 711)	Website: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Phone: 1-800-541-2831
NORTH CAROLINA – Medicaid	NORTH DAKOTA – Medicaid
Website: https://medicaid.ncdhhs.gov/ Phone: 919-855-4100	Website: https://www.hhs.nd.gov/healthcare Phone: 1-844-854-4825

OKLAHOMA – Medicaid and CHIP	OREGON – Medicaid and CHIP
Website: http://www.insureoklahoma.org Phone: 1-888-365-3742	Website: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx Phone: 1-800-699-9075
PENNSYLVANIA – Medicaid and CHIP	RHODE ISLAND – Medicaid and CHIP
Website: https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html Phone: 1-800-692-7462 CHIP Website: Children's Health Insurance Program (CHIP) (pa.gov) CHIP Phone: 1-800-986-KIDS (5437)	Website: http://www.eohhs.ri.gov/ Phone: 1-855-697-4347, or 401-462-0311 (Direct RItE Share Line)
SOUTH CAROLINA – Medicaid	SOUTH DAKOTA - Medicaid
Website: https://www.scdhhs.gov Phone: 1-888-549-0820	Website: http://dss.sd.gov Phone: 1-888-828-0059

TEXAS – Medicaid	UTAH – Medicaid and CHIP
Website: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Texas Health and Human Services Phone: 1-800-440-0493	Utah's Premium Partnership for Health Insurance (UPP) Website: https://medicaid.utah.gov/upp/ Email: upp@utah.gov Phone: 1-888-222-2542 Adult Expansion Website: https://medicaid.utah.gov/expansion/ Utah Medicaid Buyout Program Website: https://medicaid.utah.gov/buyout-program/ CHIP Website: https://chip.utah.gov/
VERMONT– Medicaid	VIRGINIA – Medicaid and CHIP

Website: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Department of Vermont Health Access Phone: 1-800-250-8427	Website: https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs Medicaid/CHIP Phone: 1-800-432-5924
WASHINGTON – Medicaid	WEST VIRGINIA – Medicaid and CHIP
Website: https://www.hca.wa.gov/ Phone: 1-800-562-3022	Website: https://dhhr.wv.gov/bms/ http://mywvhipp.com/ Medicaid Phone: 304-558-1700 CHIP Toll-free phone: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)
WISCONSIN – Medicaid and CHIP	WYOMING – Medicaid
Website: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Phone: 1-800-362-3002	Website: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Phone: 1-800-251-1269

Para saber si otros estados han agregado el programa de asistencia con primas desde el 31 de julio de 2024, o para obtener más información sobre derechos de inscripción especial, comuníquese con alguno de los siguientes:

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

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

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites

Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Ley Pública 104-13) (PRA, por sus siglas en inglés), no es obligatorio que ninguna persona responda a una recopilación de información, a menos que dicha recopilación tenga un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El Departamento advierte que una agencia federal no puede llevar a cabo ni patrocinar una recopilación de información, a menos que la OMB la apruebe en virtud de la ley PRA y esta tenga un número de control actualmente válido de la oficina mencionada. El público no tiene la obligación de responder a una recopilación de información, a menos que esta tenga un número de control actualmente válido de la OMB. Consulte la Sección 3507 del Título 44 del Código de Estados Unidos (USC). Además, sin perjuicio de ninguna otra disposición legal, ninguna persona quedará sujeta a sanciones por no cumplir con una recopilación de información, si dicha recopilación no tiene un número de control actualmente válido de la OMB. Consulte la Sección 3512 del Título 44 del Código de Estados Unidos (USC).

Se estima que el tiempo necesario para realizar esta recopilación de información es, en promedio, de aproximadamente siete minutos por persona. Se anima a los interesados a que envíen sus comentarios con respecto al tiempo estimado o a cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, como sugerencias para reducir este tiempo, a la dependencia correspondiente del Ministerio de Trabajo de EE. UU., a la siguiente dirección: U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, Office of Policy and Research, Attention: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210. También pueden enviar un correo electrónico a ebsa.opr@dol.gov y hacer referencia al número de control de la OMB 1210-0137.

Número de Control de OMB 1210-0137 (vence al 31 de Enero de 2026)

Sus derechos y protecciones contra facturas médicas de sorpresa - Surprise Medical Bills

Cuando recibe atención de emergencia o recibe tratamiento de un proveedor fuera de la red en un hospital o centro de cirugía ambulatoria dentro de la red, está protegido de la facturación del saldo. En estos casos, no se le debe cobrar más que los copagos, coseguro y/o deducible de su plan.

¿Qué es “balance billing” (a veces llamado “surprise billing”)?

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

“Fuera de la red” significa proveedores e instalaciones que no han firmado un contrato con su plan de salud para brindar servicios. Es posible que a los proveedores fuera de la red se les permita facturarle la diferencia entre lo que paga su plan y el monto total cobrado por un servicio. Esto se llama **“balance billing”** o una facturación de saldo. Es probable que esta cantidad sea mayor que los costos dentro de la red para el mismo servicio y es posible que no cuente para el deducible o el límite de desembolso anual de su plan.

“Surprise billing” es una facturación de saldo inesperada, o de sorpresa. Esto puede suceder cuando no puede controlar quién está involucrado en su atención, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una visita en un centro dentro de la red pero recibe tratamiento inesperado de un proveedor fuera de la red. Las facturas médicas de sorpresa podrían costar miles de dólares según el procedimiento o servicio.

Está protegido de la facturación del saldo médico o “balance billing” por:

Servicios de emergencia

Si tiene una afección médica de emergencia y recibe servicios de emergencia de un proveedor o centro fuera de la red, lo máximo que el proveedor o centro puede facturarle es el monto de costo compartido dentro de la red de su plan (como copagos, coseguro y deducibles). No se le puede facturar el saldo por estos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que puede recibir después de estar en condición estable, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones para que no se le facture el saldo por estos servicios de post-estabilización.

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

Cuando recibe servicios de un hospital o centro de cirugía ambulatoria dentro de la red, es posible que ciertos proveedores estén fuera de la red. En estos casos, lo máximo que esos proveedores pueden facturarle es el monto de costo compartido dentro de la red de su plan. Esto aplica a servicios de medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, asistente de cirujano, hospitalista o intensivista. Estos proveedores

no pueden facturarle el saldo y no pueden pedirle que renuncie a sus protecciones para que no se le facture el saldo.

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

Nunca es necesario que renuncie a sus protecciones de facturación de saldo. Tampoco es necesario que reciba atención fuera de la red. Puede elegir un proveedor o centro en la red de su plan.

Cuando no se permite “balance billing”/ facturación del saldo, también tienes las siguientes protecciones:

- Usted solo es responsable de pagar su parte del costo (como los copagos, coseguros y deducibles que pagaría si el proveedor o el centro estuvieran dentro de la red). Su plan de salud pagará cualquier costo adicional directamente a los proveedores e instalaciones fuera de la red.
- Su plan de salud generalmente debe:
 - Cubrir servicios de emergencia sin necesidad de obtener aprobación previa para los servicios (también conocida como “pre-autorización”).
 - Cubrir servicios de emergencia de proveedores fuera de la red.
 - Base lo que le debe al proveedor o al centro (costos compartidos) en lo que le pagaría a un proveedor o centro dentro de la red y muestre esa cantidad en su explicación de beneficios..
 - Cuento cualquier monto que pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red para su deducible dentro de la red y su límite de desembolso.

Si cree que le han facturado incorrectamente, puede comunicarse con el servicio de asistencia técnica el escritorio de ayuda, No Surprises Help Desk (NSHD) al <http://www.cms.gov/nosurprises/consumers> o llame al 1-800-985-3059 para obtener más información sobre sus derechos según la ley federal. Si su plan está sujeto a mandatos estatales o ha optado por ellos, puede comunicarse con el departamento de seguros de su estado para obtener la información más actualizada o si cree que le han facturado incorrectamente. También puede consultar resúmenes en lenguaje sencillo de los mandatos estatales relacionados con la facturación de equilibrio de varias entidades, como <https://www.commonwealthfund.org/publications/maps-and-interactives/2022/feb/map-no-surprises-act> or <https://www.ncsl.org/research/health/surprise-and-balance-billing-state-policy-options.aspx>.