

Universal Beauty Products, Inc

500 wall st, Glendale Heights, IL, 60139
Julie Puczak, Plan Administrator, (847) 805-4195

Fecha Efectiva: Enero 17, 2023

Empleados y Beneficiarios Elegibles,

Como un empleado de Universal Beauty Products, Inc y como un participante de nuestro programa de beneficios de empleado, usted y sus beneficiarios pueden tener varios derechos y privilegios relacionados con estos programas. Es requerido de nosotros, por las leyes que gobiernan el cuidado de salud, de proveerle con estas notificaciones. Listado posteriormente hay notificaciones importantes que usted debe mantener en sus archivos. En el pasado, muchas de estas notificaciones eran distribuidas individualmente y ahora se distribuyen en grupo para poder comunicar sus derechos en una manera más clara, y para simplificar el proceso de distribución. Si es que tiene alguna pregunta por favor contacte a Julie Puczak, Sr. Manager HR, Universal Beauty Products, Inc a: (847) 805-4195

Para las personas que optan a renunciar la cobertura, algunas de estas notificaciones no son aplicables en su caso. Contacte al administrador del plan para obtener más detalles.

INFORMACIÓN IMPORTANTE

AVISO DE MEDICARE PARTE D

Plan Medico: Platinum PPO, Gold PPO and Bronze HSA

Sobre su Cobertura para Recetas Médicas y Medicare

Este aviso contiene información sobre su cobertura actual para recetas medicas y sus opciones bajo la cobertura de Medicare para medicamentos recetados. Además, le menciona donde encontrar más información que le ayude a tomar decisiones sobre su cobertura para medicinas. Si usted está considerando inscribirse, debe comparar su cobertura actual, incluyendo los medicamentos que están cubiertos a que costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicinas recetadas en su área. Información sobre donde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados se encuentra al final de este aviso.

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

1. La nueva cobertura de Medicare para recetas médicas está disponible desde el 2006 para todas las persona con Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan de Medicare para Recetas Médicas, o un Plan Medicare Advantage (Como un PPO o HMO) que ofrece cobertura para medicamentos recetados. Todos los planes de Medicar para recetas médicas proporcionan por lo menos un nivel común de cobertura establecido por Medicare. Además, algunos planes pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
2. Hemos determinado que la cobertura para recetas médicas ofrecida por Platinum PPO, Gold PPO and Bronze HSA en promedio se espera que pague tanto como lo hará la cobertura estándar de Medicare para recetas médicas para todos los participantes del plan y por lo tanto es **considerada Cobertura Acreditable**. Debido a que su cobertura actual es Acreditable, usted puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una penalidad), si más tarde decide inscribirse en un plan de Medicare.

¿Cuándo Puede Inscribirse En Un Plan de Medicare de Medicamentos?

Usted puede inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos la primera vez que es elegible para Medicare y cada año del 15 de Octubre al 7 de Diciembre. Los participantes del Plan son elegibles si es que están dentro de 3 meses de cumplir 65 años de edad, ya tienen 65 años o si son discapacitados. Sin embargo, si pierde su cobertura actual acredititable, y no es su culpa, usted será elegible para dos (2) meses en el Periodo de Inscripción Especial (SEP) para subscribirse en un Plan Medicare de medicinas.

¿Qué Sucede Con Su Cobertura Actual Si Decide Inscribirse En Un Plan De Medicare De Medicamentos?

Si decide inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos recetados, su cobertura actual no será afectada, y los beneficios serán coordinados con Medicare. Consulte con los documentos del plan, dados durante la elegibilidad y la inscripción abierta o contacte a su proveedor o al administrador del plan para obtener una explicación y/o copia de las provisiones/opciones de la cobertura del plan de medicamentos recetados bajo el

plan de Medicare disponible a las personas elegibles, una vez que usted sea elegible a la Parte D de Medicare. Visite <http://www.cms.hhs.gov/CreditableCoverage/> que explica las opciones y provisiones que tienen disponibles bajo el plan de la entidad para los beneficiarios cuando son elegibles a Medicare Parte D.

Si cancela su cobertura actual y se inscribe en un plan de Medicare para recetas médicas, puede ser que más adelante usted y sus dependientes obtener su cobertura de nuevo. Antes de que tome alguna decisión consulte con los documentos del plan o contacte a su proveedor o al administrador del plan.

Nota: En general, para los jubilados existen diferentes pautas para la cancelación de la cobertura y la capacidad de conseguir la cobertura de nuevo. Los jubilados que terminan o pierden la cobertura no serán capaz de volver al plan a menos que el lenguaje específico esté presente en el contrato o que exista algún otro acuerdo. Contacté al administrador del plan para obtener más detalles.

¿Cuándo es que usted tendrá que pagar una prima más alta (penalidad) para inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos?

Usted debe saber también que si cancela o pierde su cobertura actual y deja de inscribirse en una cobertura de Medicare para recetas médicas dentro de 63 días continuos después de que su cobertura actual termine, podría pagar más (una penalidad) por inscribirse más tarde en una cobertura de Medicare para recetas médicas.

Si usted lleva 63 días o más sin cobertura acreditable de recetas médicas que sea por lo menos tan buena como la cobertura de Medicare, su prima mensual puede aumentarse por lo menos de un 1% de la prima básica del beneficiario de Medicare al mes por cada mes que usted no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si usted lleva 19 meses sin cobertura acreditable, su prima siempre será por lo menos 19% más alta de lo que la mayoría de la gente paga. Usted tendrá que pagar esta prima más alta (penalidad) mientras tenga la cobertura de Medicare. Además, usted tendrá que esperar hasta el siguiente mes de Octubre para inscribirse.

Para más información sobre este aviso o su cobertura actual para recetas médicas...

Contacte a la persona listada en este reporte de avisos. Usted recibirá este aviso cada año. Recibirá el aviso antes del próximo periodo en el cual usted puede inscribirse en la cobertura de Medicare para recetas médicas y en caso de que esta cobertura cambie. Además usted puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para obtener más información sobre sus opciones bajo la cobertura de Medicare para recetas médicas...

Revise el manual “Medicare y Usted” para obtener información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura para recetas médicas. Cada año Medicare le mandara una copia del manual. Usted también podrá ser contactado/a telefónicamente por los planes de recetas médicas de Medicare.

Usted puede obtener más información sobre los planes de Medicare para recetas médicas de los siguientes lugares:

Visite www.medicare.gov por internet para obtener ayuda personalizada. Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte su manual Medicare y Usted para obtener los numero telefónicos) Llames GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048. Si usted tiene ingresos y recursos limitados, la ayuda de pagos de recetas médicas de Medicare está disponible. El Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) tiene información disponible sobre esta ayuda adicional. Para más información sobre esta ayuda adicional, visite la página de red de SSA en www.socialsecurity.gov, o llame al 1-800-772-1213 (Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-800-325-0778).

Recuerde de guardar este aviso. Si se inscribe en uno de los nuevos planes aprobados por Medicare que ofrece cobertura de medicamentos recetados, tal vez necesite dar una copia de este aviso cuando se inscriba a fin de demostrar si mantiene o no una cobertura acreditable y si debe pagar una prima más alta (una penalidad).

AVISO DE MEDICARE PARTE D

Plan Medico: Silver HMO

Sobre su Cobertura para Recetas Médicas y Medicare

Este aviso contiene información sobre su cobertura actual para recetas medicas y sus opciones bajo la cobertura de Medicare para medicamentos recetados. Además, le menciona donde encontrar más información que le ayude a tomar decisiones sobre su cobertura para medicinas. Si usted está considerando inscribirse, debe comparar su cobertura actual, incluyendo los medicamentos que están cubiertos a que costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicinas recetadas en su área. Información sobre donde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados se encuentra al final de este aviso.

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

1. La nueva cobertura de Medicare para recetas médicas está disponible desde el 2006 para todas las persona con Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan de Medicare para Recetas Médicas, o un Plan Medicare Advantage (Como un PPO o HMO) que ofrece cobertura para medicamentos recetados. Todos los planes de Medicar para recetas médicas proporcionan por lo menos un nivel común de cobertura establecido por Medicare. Además, algunos planes pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
2. Hemos determinado que la cobertura para recetas médicas ofrecida por Silver HMO en promedio se espera que pague tanto como lo hará la cobertura estándar de Medicare para recetas médicas para todos los participantes del plan y por lo tanto es **considerada Cobertura Acreditable**. Debido a que su cobertura actual es Acreditable, usted puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una penalidad), si más tarde decide inscribirse en un plan de Medicare.

¿Cuándo Puede Inscribirse En Un Plan de Medicare de Medicamentos?

Usted puede inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos la primera vez que es elegible para Medicare y cada año del 15 de Octubre al 7 de Diciembre. Los

participantes del Plan son elegibles si es que están adentro de 3 meses de cumplir 65 años de edad, ya tienen 65 años o si son discapacitados. Sin embargo, si pierde su cobertura actual acreditable, y no es su culpa, usted será elegible para dos (2) meses en el Periodo de Inscripción Especial (SEP) para subscribirse en un Plan Medicare de medicinas.

¿Qué Sucede Con Su Cobertura Actual Si Decide Inscribirse En Un Plan De Medicare De Medicamentos? Si decide inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos recetados, su cobertura actual no será afectada, y los beneficios serán coordinados con Medicare. Consulte con los documentos del plan, dados durante la elegibilidad y la inscripción abierta o contacte a su proveedor o al administrador del plan para obtener una explicación y/o copia de las provisiones/opciones de la cobertura del plan de medicamentos recetados bajo el plan de Medicare disponible a las personas elegibles, una vez que usted sea elegible a la Parte D de Medicare. Visite

<http://www.cms.hhs.gov/CreditableCoverage/> que explica las opciones y provisiones que tienen disponibles bajo el plan de la entidad para los beneficiarios cuando son elegibles a Medicare Parte D.

Si cancela su cobertura actual y se inscribe en un plan de Medicare para recetas médicas, puede ser que más adelante usted y sus dependientes obtener su cobertura de nuevo. Antes de que tome alguna decisión consulte con los documentos del plan o contacte a su proveedor o al administrador del plan.

Nota: En general, para los jubilados existen diferentes pautas para la cancelación de la cobertura y la capacidad de conseguir la cobertura de nuevo. Los jubilados que terminan o pierden la cobertura no serán capaz de volver al plan a menos que el lenguaje específico esté presente en el contrato o que exista algún otro acuerdo. Contacté al administrador del plan para obtener más detalles.

¿Cuándo es que usted tendrá que pagar una prima más alta (penalidad) para inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos?

Usted debe saber también que si cancela o pierde su cobertura actual y deja de inscribirse en una cobertura de Medicare para recetas médicas adentro de 63 días continuos después de que su cobertura actual termine, podría pagar más (una

penalidad) por inscribirse más tarde en una cobertura de Medicare para recetas médicas.

Si usted lleva 63 días o más sin cobertura acreditable de recetas médicas que sea por lo menos tan buena como la cobertura de Medicare, su prima mensual puede aumentarse por lo menos de un 1% de la prima básica del beneficiario de Medicare al mes por cada mes que usted no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si usted lleva 19 meses sin cobertura acreditable, su prima siempre será por lo menos 19% más alta de lo que la mayoría de la gente paga. Usted tendrá que pagar esta prima más alta (penalidad) mientras tenga la cobertura de Medicare. Además, usted tendrá que esperar hasta el siguiente mes de Octubre para inscribirse.

Para más información sobre este aviso o su cobertura actual para recetas médicas...

Contacte a la persona listada en este reporte de avisos. Usted recibirá este aviso cada año. Recibirá el aviso antes del próximo periodo en el cual usted puede inscribirse en la cobertura de Medicare para recetas médicas y en caso de que esta cobertura cambie. Además usted puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para obtener más información sobre sus opciones bajo la cobertura de Medicare para recetas médicas...

Revise el manual “Medicare y Usted” para obtener información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura para recetas médicas. Cada año Medicare le mandara una copia del manual. Usted también podrá ser contactado/a telefónicamente por los planes de recetas médicas de Medicare.

Usted puede obtener más información sobre los planes de Medicare para recetas médicas de los siguientes lugares:

Visite www.medicare.gov por internet para obtener ayuda personalizada. Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte su manual Medicare y Usted para obtener los numero telefónicos) Llames GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048. Si usted tiene ingresos y recursos limitados, la ayuda de pagos de recetas médicas de Medicare está disponible. El Seguro Social (SSA, por

sus siglas en inglés) tiene información disponible sobre esta ayuda adicional. Para más información sobre esta ayuda adicional, visite la página de red de SSA en www.socialsecurity.gov, o llame al 1-800-772-1213 (Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-800-325-0778).

Recuerde de guardar este aviso. Si se inscribe en uno de los nuevos planes aprobados por Medicar que ofrece cobertura de medicamentos recetados, tal vez necesite dar una copia de este aviso cuando se inscriba a fin de demostrar si mantiene o no una cobertura acreditable y si debe pagar una prima más alta (una penalidad).

NOTIFICACIONES

HIPAA

La Ley de Portabilidad y Contabilidad de Seguros de Salud de 1996 (“HIPAA”) requiere que le notifiquemos sobre provisiones importantes en el plan. Usted tiene el derecho a inscribirse en el plan dentro de su “disposición de inscripción especial” siempre y cuando que usted cumpla con los requisitos de participación, y si usted se casa, adquiere un dependiente nuevo, o si es que usted rechaza la cobertura bajo el plan para un dependiente elegible, mientras que la otra cobertura este en efecto y si es que más adelante el dependiente pierde esa otra cobertura por ciertas razones calificadas. La inscripción especial debe de tomar lugar dentro de 30 días después del evento calificado. Si es que le rechazan la inscripción para usted o para sus dependientes (incluyendo a su cónyuge), mientras que la cobertura bajo Medicaid o un Programa estatal de Seguro Médico para Niños (CHIP) este en efecto, talvez podrá inscribirse a usted y a sus dependientes en este programa, si es que usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura. Sin embargo, usted tiene que solicitar la inscripción dentro de 60 días después de que la cobertura de Medicaid o CHIP para usted o sus dependientes haiga terminado. Si usted o sus dependientes (incluyendo a su cónyuge) son elegibles para recibir un subsidio estatal de asistencia de primas a través de Medicaid o un programa de CHIP, con respecto a la cobertura bajo este plan, talvez podrá inscribir a usted y a sus dependientes (incluyendo a su cónyuge) en este plan. Sin embargo, usted tiene que solicitar la inscripción dentro de 60 días después de que usted o sus dependientes se vuelven elegibles para la asistencia de primas. Para solicitar la inscripción especial o para obtener más información, contacte al administrador del plan indicado en este aviso.

Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA

La Ley de Portabilidad y Contabilidad de Seguros de Salud de 1996 (“HIPAA”) requiere que mantengamos la privacidad de información de salud protegida, demos avisos de nuestros deberes

legales y prácticas de privacidad en respecto a la información de salud de usted y que sigamos los términos de nuestro aviso que actualmente está en efecto.

Las regulaciones de HIPAA serán seguidas por las personas encargadas de las actividades administrativas que involucran la información protegida de salud (PHI) y e-PHI.

La compañía ha adoptado una póliza para proteger la privacidad y confidencialidad del PHI cuando es accedido por un representante de la compañía. La privacidad y confidencialidad de dicha información (PHI) será la responsabilidad de todas las personas que tienen acceso al PHI durante el empleo.

El PHI se refiere a la información de salud de personas la cual puede identificar a la persona, y es recibida por la compañía a través del plan de salud o por un proveedor de servicios médicos y es información sobre la condición medica de un paciente/empleado y puede incluir cualquiera de los siguientes: información de la condición médica, el estado de salud, historia médica, examinaciones físicas, información genética y evidencia de una discapacidad.

Toda la información relacionada con el PHI será mantenida en una manera confidencial, esto incluye: cambios de planes por los participantes, las deducciones de primas de seguro, asistencia con reclamos y la explicación de beneficios, y asistencia en la coordinación de beneficios con proveedores médicos. Empleados no podrán divulgar PHI para las acciones relacionadas con el empleo, excepto cuando sea permitido por los procesos administrativos aprobados por el departamento de Recursos Humanos.

La compañía considerará cualquier incumplimiento en el manejo de la privacidad y confidencialidad de PHI como una violación grave y tomará medidas disciplinarias de acuerdo con nuestro código de conducta.

Los registros de la compañía que caen debajo de esta póliza serán mantenidos por un periodo de no menos de seis años.

Cualquier pregunta o problema con PHI deberá ser dirigido al departamento de Recursos Humanos.

Usted puede solicitar del Administrador del Plan una copia de las Prácticas de Privacidad actuales que explican cómo su información médica pueda ser usada y divulgada, y como usted puede tener acceso a esta información. **Como es Requerido por Ley.** Nosotros tendremos que divulgar Información de Salud cuando es requerido por leyes internacionales, federales, o locales.

Usted tiene el derecho a inspeccionar y copiar, derecho a una copia electrónica de archivos médicos electrónicos, derecho de recibir un aviso de una infracción, derecho a enmendar, derecho a una contabilidad de divulgaciones, derecho a solicitar restricciones, derecho a solicitar comunicaciones confidenciales, derecho a una copia en papel de este aviso y el derecho a presentar una queja si es que usted cree que sus derechos de privacidad hayan sido violados.

AVISO DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL

Si es que esta rechazando la inscripción para usted o para sus dependientes (incluyendo a sus cónyuge) por la cobertura de otro seguro de salud o por un plan de salud de grupo, usted talvez podrá inscribir a usted mismo y a sus dependientes en este plan, si es que usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa cobertura (o si es que el empleador para de hacer contribuciones hacia la cobertura de usted o sus dependientes) siempre y cuando que usted cumpla con los requisitos de participación. Sin embargo, usted tendrá que solicitar la inscripción dentro del tiempo permitido, que está especificado en los documentos del plan, después de que la otra cobertura de usted o sus dependientes haiga terminado. Además, si es que tiene un dependiente nuevo, al resulto de una boda, nacimiento, adopción, colocación para adopción, usted talvez podrá inscribirse a usted mismo y a sus dependientes. Sin embargo, usted tendrá que solicitar la inscripción dentro del tiempo permitido, que está especificado en los documentos del plan, después de la boda, nacimiento, adopción o colocación para adopción. Para solicitar la inscripción especial o para obtener más información, contacte al administrador del plan mencionado anteriormente.

USERRA

Ley de Derecho de Empleo y Reempleo para el Personal del Servicio Uniformado (USERRA), protege los derechos de trabajo de las personas que voluntariamente o involuntariamente dejan sus posiciones de empleo para comprometerse a servicio militar o ciertos tipos de servicio en el Sistema Medical de Desastres Nacionales. USERRA también prohíbe que empleadores discriminen contra los miembros pasados y presentes de los servicios uniformados, y a solicitantes de los servicios uniformados.

Derechos de Reempleo

Usted tiene el derecho a ser re empleado en su trabajo civil si es que usted ha dejado ese empleo para cumplir servicios uniformados y:

- Usted se asegura que su empleador reciba un aviso por escrito, en avanzado, de sus servicios;
- Usted tenga 5 años o menos de servicio acumulativo en los servicios uniformados mientras que usted está con ese empleador en particular;
- Usted vuela a trabajar o a aplicar para el reempleo en una manera oportuna, después de la conclusión de sus servicios; y
- Usted no ha sido separado del servicio con una descarga descalificada o bajo condiciones que no sean honorables.

Si usted es elegible para ser re empleado, su trabajo y beneficios tendrán que ser restaurados como si es que usted no haiga estado ausente por los servicios militares, en algunos casos, un trabajo comparable.

Derecho de Ser Libre de la Discriminación y Represalias

Si es que usted es o ha sido un miembro de los servicios uniformados; ha aplicado para una membresía en los servicios uniformados; o está obligado a servir en los servicios uniformados; entonces un empleador no le podrá negar los siguientes: empleo inicial; re-empleo; retención en empleo; promoción; o cualquier beneficio de empleo, por ese estatus. Además, un empleador no podrá tomar represalias en contra de cualquier persona que este asistiendo en el cumplimiento de los derechos de USERRA, incluyendo a testificar o hacer una declaración en relación con un procedimiento de conformidad bajo USERRA, incluso si esa persona no tiene ninguna conexión al servicio.

Protección del Seguro de Salud

Si es que usted deja su trabajo para cumplir con los servicios militares, usted tiene el derecho de elegir la continuación la cobertura del plan de salud del empleador, para usted y sus dependientes por hasta 24 meses, mientras que usted este en los servicios militares. Aunque usted no elija la continuación de la cobertura durante su servicio militar, usted tiene el derecho de ser reincorporado en el plan de salud de su empleador cuando usted es re-empleado, generalmente sin periodos de espera o exclusión (por ejemplo, exclusiones de condiciones preexistentes) a excepción de las enfermedades o heridas relacionadas a su servicio.

Ejecución

El Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, y los Servicios de Empleo y Entrenamiento de Veteranos (VETS) están autorizados de investigar y resolver quejas de violaciones de la ley USERRA. Para obtener asistencia en presentar una queja, o para cualquier otra información sobre USERRA, contacte a VETS al 1-866-4-USA-DOL o visite la página de red en <http://www.dol.gov/vets>. Un Asesor interactivo de USERRA puede ser accedido por el internet al ir a <https://webapps.dol.gov/elaws/vets/userra/>. Si usted a presentado una queja con VETS y VETS no a podido resolver su queja, usted podrá pedir que su caso sea referido al Departamento de Justicia o a la Oficina del Consejero Especial, para la representación, como sea aplicable. También puede circunvalar el proceso de VETS y podrá presentar una acción civil contra un empleador por violaciones de la ley USERRA.

GINA

La Ley Antidiscriminatoria de Información Genética del 2008 (GINA) prohíbe a los empleadores y otras entidades cubiertas por el Título II de GINA, de pedir o requerir la información genética de una persona o los miembros de familia de esa persona, excepto cuando es específicamente permitido por esta ley. Para cumplir con esta ley, estamos pidiendo que usted no produzca ninguna información genética cuando este respondiendo a cualquier pedido de información médica, si es aplicable. ‘Información Genética’ como es definido por GINA, incluye la historia médica de la familia de una persona, los resultados de un examen genético de una persona o de los de un miembro de la familia, el hecho de que

una persona o un miembro de la familia de la persona haiga pedido o a recibido servicios genéticos, o la información genética de un feto de una persona o de un miembro de familia o un embrión legalmente retenido por una persona o un miembro de familia que recibe los servicios de asistencia reproductiva

Ley de Michelle

La Ley de Michelle es una ley federal que requiere que ciertos Planes de salud de grupo continúen la elegibilidad para los hijos adultos dependientes que son estudiantes que atienden a una escuela de estudios superiores, en donde los hijos de otra manera dejarían de ser considerados como estudiantes elegibles debido por una ausencia medicamente necesaria de la escuela. En tal caso, el Plan debe de continuar de tratar a los hijos como elegibles hasta que cualquiera de los siguientes suceda primero:

- La fecha que es un año después de la fecha en que comenzó la ausencia médica necesaria; o la fecha en cual de otra forma la cobertura bajo el Plan terminaría.

Para que las protecciones de la Ley de Michelle apliquen, los hijos tendrán que:

- Bajo los términos del Plan, ser un hijo dependiente de un Participante o beneficiario del Plan; y
- Ha sido inscrito en el Plan y como un estudiante en una institución educativa de estudios superiores, inmediatamente antes del primer día de la ausencia medicamente necesaria.

“Ausencia medicamente necesaria” significa cualquier cambio en la inscripción en la escuela de estudios superiores que comienza mientras que el hijo sufre de una enfermedad o lesión grave, es medicamente necesario, y hace que el hijo pierda la categoría de estudiante por los propósitos de cobertura bajo el Plan.

Si usted cree que su hijo es elegible para esta elegibilidad continua, usted tendrá que proveer al Plan con una certificación en escrito, por su médico, de que su hijo sufre de una enfermedad o lesión grave y de que la ausencia es medicamente necesaria.

Si tiene alguna pregunta sobre la información contenida en esta notificación o el derecho de su hijo a la continuación de la cobertura de la Ley de Michelle, debe de contactar al Administrador del Plan.

La Discriminación es Contra La Ley

La Compañía cumple con las leyes federales aplicables de derecho civil y no discrimina en base a la raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo. La Compañía no excluye a la gente o la trata de forma diferente debido a raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

La Compañía:

- Provee asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidad para comunicarse eficientemente con nosotros, tal como:
 - Interpretes calificados de lenguaje de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Provee servicios gratuitos de lenguaje a la gente cuyo idioma principal no es el inglés, como:
 - Interpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si usted necesita estos servicios contacte al administrador del plan.

Si su Compañía tiene quince (15) o más empleados y usted cree que La Compañía ha fallado en proveer estos servicios o a discriminado en cualquier otra manera en base a la raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo, consulte con el Administrador del Plan para obtener los Procedimientos de Quejas o si necesita ayuda en llenar una queja, las cuales pueden ser presentadas en persona, por correo, fax, o por correo electrónico.

Usted también puede presentar una queja de derechos civiles con el Departamento de Salud y de Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles disponible a través de <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o por correo o teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services 200
Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Formularios de quejas están disponibles a través de
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

QMCSO (Orden Calificada de Manutención Infantil Médica)

QMCSO es un orden de manutención infantil médica emitida bajo la ley estatal que crea o reconoce la existencia de los derechos de un “recipiente alternativo” para recibir beneficios por los cuales un participante o beneficiario son elegibles de recibir bajo un plan de salud de grupo. Un “recipiente alternativo” es cualquier hijo/a de un participante (incluyendo un

hijo/a adoptado por o colocado en adopción con un participante que está en un plan de salud de grupo) que es reconocido bajo una orden de manutención infantil médica que tiene un derecho a la inscripción bajo un plan de salud de grupo en respecto a dicho participante es un recipiente alternativo. Al recibir una orden de manutención infantil médica, el administrador de un plan de salud de grupo tendrá que determinar, dentro de un periodo de tiempo razonable, si es que la orden de manutención infantil médica es calificada, y tendrá que administrar beneficios de acuerdo con los términos aplicables de cada orden calificada. En el caso que usted sea traslado con un aviso de proveer cobertura médica para un niño dependiente, que fue la resulta de una determinación legal, usted podrá adquirir información de su empleador sobre las reglas atadas con la búsqueda de llevar a cabo dicha cobertura. Estas reglas pueden ser adquiridas sin costo a usted a través de su empleador.

WHCRA

La Ley de Derechos Sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer (WHCRA) de 1998, provee beneficios para los servicios relacionados con mastectomías incluyendo la reconstrucción y la cirugía para lograr la simetría entre los senos, prótesis, y complicaciones resultando de una mastectomía (incluyendo linfedema). Contacte al proveedor de su seguro de salud para obtener más información.

Este aviso te informa de la regulación Federal que requiere que todos los planes de salud que cubren mastectomías también cubran la reconstrucción del seno removido. Si es que ha tenido o va tener una mastectomía, usted puede tener derecho a ciertos beneficios. Para las personas que están recibiendo beneficios relacionados con mastectomías, la cobertura será facilitada en la forma determinada en consulta con el medico primario y el paciente, para:

- Todas las etapas de la reconstrucción del seno en el cual la mastectomía fue realizada;
- Cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica;
- Prótesis; y
- El tratamiento de complicaciones físicas de la mastectomía, incluyendo las linfedemas.

Si usted ha o va a tener una mastectomía, usted podrá tener derecho a ciertos beneficios bajo la Ley de Derechos Sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer (WHCRA) de 1998. Estos beneficios serán proporcionados y están sujetos a los mismos deducibles y coseguros que se aplican a otros beneficios médicos y quirúrgicos provistos bajo este plan. Si es que quisiera obtener mas información sobre los beneficios de WHCRA llame al administrador de su plan al número mencionado arriba.

NMHPA

La Ley de la Protección de la Salud del Recién Nacido y la Madre requiere que los planes de salud de grupo y los emisores de seguro de salud que ofrecen cobertura de parto generalmente no podrán, bajo ley federal, restringir beneficios de la duración de estadías de hospital en conexión a partos para la madre o para el recién nacido a menos de 48 horas si es un parto vaginal, o 96 horas si es parto por cesárea. Sin embargo, generalmente ley federal no prohíbe que después de que el medico primario de la madre o el recién nacido haiga consultado con la madre, el medico primario le de alta o a la madre o al recién nacido antes de que las 48 horas hagan pasado (o 96 horas como es aplicable). En cualquier caso, planes y emisores no podrán, bajo ley federal, requerir que un proveedor obtenga autorización del plan o el emisor para prescribir una estadía de 48 horas o menos (o 96 horas). Consulte con los documentos de su plan para obtener información específica sobre la cobertura de partos o contacte al administrador del plan.

Para obtener información adicional sobre las provisiones de NMHPA y como los planes gubernamentales Federales no autofinanciados pueden optar para no tener que cumplir con los requisitos de NMHPA, visite <https://www.cms.gov/CCIIO/Programs-and-Initiatives/Other-Insurance-Protections/nmhpafactsheet.html>.

RESCISIONES

La Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio prohíbe la rescisión de planes de salud, excepto durante fraude o representación intencionalmente falsa de hechos materiales. La rescisión de la cobertura de un plan de salud de una persona significa que nosotros trataríamos a esa persona como sí que nunca tuvo la cobertura. La prohibición de rescisiones aplica a planes de salud de grupo, incluyendo a planes permitidos como antiguos, efectivo para planes que comenzaron en o desde el 23 de Setiembre del 2010.

Las regulaciones establecen que la rescisión incluye cualquier terminación retroactiva o cancelaciones retroactivas de cobertura excepto en la medida de que la cancelación o terminación es debida a la falta de pagos de primas a tiempo. Rescissiones están prohibidas, excepto en casos de fraude o de la representación intencionalmente falsa de hechos materiales. Por ejemplo, si un empleado está inscrito en el plan y hace las contribuciones requeridas entonces la cobertura del empleado no podrá ser rescindida si es que más adelante se descubre que el empleado fue equivocadamente inscrito en el plan y no era elegible de participar en el plan. Si se cometió un error, y no hubo fraude o representación intencionalmente falsa de un hecho material, entonces la cobertura del empleado podrá ser cancelada en una forma prospectiva, pero no retroactivamente.

Si la cobertura de un empleado es rescindida, el miembro tendrá que proveer un aviso de la rescisión en escrito y con 30 días de anticipación. El aviso, tendrá que incluir los derechos de apelación como es requerido por ley y provisto en los documentos del plan de beneficios del miembro.

CUIDADO PREVENTIVO

Los planes de salud a través de Platinum PPO, Gold PPO and Bronze HSA proveerán cobertura de primer-dólar, en-red, sin el reparto de costos, para los servicios preventivos y vacunas como es determinado bajo las regulaciones de reformas del cuidado de salud. Se incluye, pero no se limita a, pruebas de detección de cáncer, las visitas del niño-sano (well-baby) y vacunas contra la gripe. Para obtener una lista completa de los servicios cubiertos, por favor visite: <https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/>

Consulte con los documentos del plan para obtener una lista específica de cobertura preventiva sin costo compartido.

SERVICIOS PREVENTIVOS DE SALUD DE LA MUJER

Todos los siguientes servicios de las mujeres serán considerados preventivos (algunos ya estaban cubiertos). Generalmente estos servicios serán proveídos sin repartimiento de costos, cuando son provistos en-red a través de Platinum PPO, Gold PPO and Bronze HSA:

1. Visitas de Mujer-Sana (anualmente)
2. Visitas Prenatales (visita preventiva de rutina)
3. Pruebas de detección de diabetes gestacional
4. Pruebas del ADN de Virus del Papiloma Humano (HPV)
5. Asesoramiento para las infecciones de trasmisión sexual
6. Asesoramiento y pruebas de detección para el virus de inmunodeficiencia humana (HIV)
7. Pruebas de detección y asesoramiento para violencia interpersonal y doméstica
8. El asesoramiento, apoyo, y suministros de la lactancia materna
9. Anticonceptivos genéricos del formulario, ciertos anticonceptivos de marca del formulario, y anticonceptivos de la mujer aprobados por el FDA recetados que normalmente no necesitan receta son cubiertos sin el reparto de costos a los miembros (por ejemplo, sin co-pago). Ciertas organizaciones religiosas o empleadores religiosos pueden estar exentos de ofrecer servicios de anticoncepción.

Consulte con los documentos del plan para obtener una lista específica de cobertura preventiva sin costo compartido.

CUIDADO PREVENTIVO

Los planes de salud a través de Silver HMO proveerán cobertura de primer-dólar, en-red, sin el reparto de costos, para los servicios preventivos y vacunas como es determinado bajo las regulaciones de reformas del cuidado de salud. Se incluye, pero no se limita a, pruebas de detección de cáncer, las visitas del niño-sano (well-baby) y vacunas contra la gripe. Para

obtener una lista completa de los servicios cubiertos, por favor visite:
<https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/>

Consulte con los documentos del plan para obtener una lista específica de cobertura preventiva sin costo compartido.

SERVICIOS PREVENTIVOS DE SALUD DE LA MUJER

Todos los siguientes servicios de las mujeres serán considerados preventivos (algunos ya estaban cubiertos). Generalmente estos servicios serán proveídos sin repartimiento de costos, cuando son provistos en-red a través de Silver HMO:

1. Visitas de Mujer-Sana (anualmente)
2. Visitas Prenatales (visita preventiva de rutina)
3. Pruebas de detección de diabetes gestacional
4. Pruebas del ADN de Virus del Papiloma Humano (HPV)
5. Asesoramiento para las infecciones de transmisión sexual
6. Asesoramiento y pruebas de detección para el virus de inmunodeficiencia humana (HIV)
7. Pruebas de detección y asesoramiento para violencia interpersonal y doméstica
8. El asesoramiento, apoyo, y suministros de la lactancia materna
9. Anticonceptivos genéricos del formulario, ciertos anticonceptivos de marca del formulario, y anticonceptivos de la mujer aprobados por el FDA recetados que normalmente no necesitan receta son cubiertos sin el reparto de costos a los miembros (por ejemplo, sin co-pago). Ciertas organizaciones religiosas o empleadores religiosos pueden estar exentos de ofrecer servicios de anticoncepción.

Consulte con los documentos del plan para obtener una lista específica de cobertura preventiva sin costo compartido.

PROTECCIÓN DEL PACIENTE

Silver HMO generalmente requiere o permite la designación de un proveedor de atención primaria. Usted tiene el derecho a designar cualquier proveedor de atención primaria que participe en nuestra red y que está disponible a aceptar a usted y sus miembros de familia. Para elegir su proveedor de atención primaria contacte a el administrador del plan en (847) 805-4195

Para los niños, usted podrá tener la habilidad de asignar a un pediatra como el proveedor de atención primaria como se define en los documentos del plan componente.

Puede que no necesite autorización previa de Silver HMO o de cualquier otra persona (incluyendo un proveedor de atención primaria) para obtener acceso a la atención obstétrica o

ginecológica de un profesional de salud que este en nuestra red y que se especialice en obstetricia o ginecología. Sin embargo, tal vez será requerido que el profesional del cuidado de salud cumpla con ciertos procedimientos, incluyendo teniendo que obtener autorización previa para ciertos servicios, siguiendo un plan de tratamiento pre-aprobado, o los procesos que se usan para hacer referencias. Refiérase a los Documentos del Plan Componente para obtener más detalles.

FMLA

Ley de Ausencia Familiar y Médica (FMLA) autoriza a que los empleados elegibles de empleadores cubiertos, tomen sin pago, y con el trabajo protegido, una ausencia específicamente por razones médicas y familiares, si es que el empleado a estado con la compañía por un año, ha trabajado por lo menos 1,250 horas durante los últimos 12 meses y trabaja en una área en donde hay por lo menos 50 empleados adentro de una zona de 75 millas. Agencias públicas y escuelas públicas o privadas de secundaria son empleadores cubiertos sin considerar la cantidad de empleados que están empleados. Para conseguir más detalles, visite la página de FMLA del Departamento de Trabajo <https://www.dol.gov/agencies/whd/fmla>.

Notifique a la Compañía cuando usted tiene una ausencia calificada como el nacimiento o la adopción de un niño, una condición de salud seria, para cuidar al esposo/a, hijo o padre con una condición de salud seria, o para reservistas o provisiones de la Guardia Nacional relacionadas con usted, o un miembro de familia inmediato que se esté yendo a cumplir con su deber militar o que se haiga herido durante el servicio activo.

Si usted esta en una ausencia calificada y si es que cualquiera de las circunstancias de su ausencia cambian, usted tendrá que avisarle a la compañía sobre el cambio.

MHPA/MHPAEA

La Ley de Equidad de Adicción y Paridad de Salud Mental (MHPA/MHPAEA) requiere que planes de salud de grupo no restringen injustamente el tratamiento en respecto a beneficios/servicios aplicables a los trastornos del uso de substancias y la salud mental.

Información adicional puede ser adquirida al visitar la página de red de la Paridad de Salud Mental del Departamento de Trabajo que se encuentra en

<https://www.dol.gov/agencies/ebsa/laws-and-regulations/laws/mental-health-and-substance-use-disorder-parity>.

AVISO DE COBRA

Este aviso tiene información importante sobre su derecho a la continuación de cobertura COBRA, que es una extensión de cobertura temporaria bajo el plan de la compañía. Este aviso explica la continuación de cobertura COBRA, cuando puede estar disponible para usted y su

familia, y que es lo que tiene que hacer para proteger su derecho a obtenerlo. Cuando usted es elegible a COBRA, también pueda ser elegible para otras opciones de cobertura que talvez cuesten menos que la continuación de cobertura de COBRA.

El derecho a la continuación de cobertura de COBRA fue creada por una ley Federal, Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA). La continuación de cobertura de COBRA puede estar a su disposición en cuando en otros casos usted perdería la cobertura de salud de grupo. También puede estar a la disposición de los miembros de su familia que están cubiertos bajo el Plan en cuando en otros casos perderían la cobertura de salud de grupo. Para obtener más información sobre sus derechos y obligaciones bajo el Plan y bajo ley federal, usted debería de repasar la Descripción Resumida del Plan o contacte al Administrador del Plan.

Es posible que tenga otras opciones disponibles para usted cuando pierda la cobertura de salud de grupo.

Por ejemplo, usted puede ser elegible de comprar un plan individual a través del Mercado de Seguro de Salud. Al inscribirse a través del Mercado, usted podrá calificar a costos de primas mensuales más bajas, y costos de su propia cuenta más bajos. Adicionalmente, puede calificar para un periodo de inscripción especial de 30 días de otro plan de salud de grupo para el que usted es elegible (por ejemplo, el plan de su esposo/a), aunque ese plan generalmente no acepte inscripciones tardes.

¿Qué es la continuación de cobertura COBRA?

La continuación de cobertura COBRA es la continuación de cobertura de un plan en cuando en otro caso la cobertura terminaría debido a un suceso de vida conocido como “evento calificado.” Usted, su esposo/a, y sus hijos dependientes podrán ser beneficiarios calificados si es que pierden la cobertura bajo el plan debido a un evento calificado. Bajo el plan, beneficiarios calificados que elijan la continuación de cobertura COBRA tendrá que pagar por la continuación de cobertura de COBRA. Empleados y sus dependientes calificados son responsables de notificar a la Compañía de cualquier cambio de domicilio o estado (ejemplo, divorcio, elegibilidad de seguro, un niño que se vuelve inelegible debido a la edad, etc.) dentro de 30 días del evento.

Si es aplicable, su participación en la Cuenta de Gastos Flexibles de Salud también podrá continuar en una manera que es después de impuestos, durante el resto del Año del Plan en el que usted califica para COBRA. La oportunidad de elegir la misma cobertura que usted tenía al tiempo que ocurrió el evento calificado se extiende a todos los beneficiarios calificados.

Si es que usted hace contribuciones a la Cuenta de Gastos Flexibles de Salud para el año en el cual ocurrió el evento calificado, usted podrá seguir haciendo estas contribuciones en una manera

que es después de impuestos. De esta manera usted podrá ser reembolsado por ciertos gastos médicos que incurra después de su evento calificado, pero antes del fin del Año del Plan.

Se le podrá ofrecer la continuación de cobertura bajo la Cuenta de Gastos Flexibles de Salud si no ha gastado su cuenta en una manera excesiva. La determinación de que si su cuenta del plan del año ha sido gastada en una manera excesiva o en una manera menos de lo previsto desde la fecha del evento calificado depende de tres variables: (1) El límite anual elegido para el beneficiario calificado para el Año del Plan (ejemplo, \$2,550 de cobertura); (2) el total de los reclamos reembolsables, presentados al Plan de Cafetería para ese año del plan antes de la fecha del evento calificado; y (3) la cantidad máxima que el Plan de Cafetería permita que sea requerido que sea pagado para la cobertura de COBRA para el resto del año del plan. Se le refiere al límite anual elegido menos los reclamos presentados como el “límite anual restante.” Si el límite anual restante es menos que la prima máxima de COBRA que puede ser cobrada por el resto del año, entonces la cuenta está sobre gastada. Usted no podrá volver a inscribirse en la Cuenta de Gastos Flexibles de Salud durante cualquier inscripción anual de cualquier Año del Plan que siga su evento calificado.

Documentación de soporte como un decreto de divorcio, certificado de muerte, prueba de otro seguro puede ser requerido como prueba de un evento calificado.

Este aviso general no describe COBRA o el plan completamente. Información más completa está disponible a través del administrador del plan y del documento resumido del plan. Si usted es un empleado, usted se convertirá en un beneficiario calificado si usted pierde su cobertura bajo el plan si es que cualquiera de los siguientes eventos calificados suceden:

- Si sus horas de empleo son reducidas, o
- Si su empleo termina por cualquier otra razón menos su conducta inapropiada.

Si usted es el esposo/a de un empleado, usted se convertirá en un beneficiario calificado si usted pierde su cobertura bajo el plan si es que cualquiera de los siguientes eventos calificados suceden:

- Fallece su esposo/a;
- Las horas de empleo de su esposo/a son reducidas;
- El empleo de su esposo/a termina por cualquier otra razón menos su conducta inapropiada;
- Si su esposo/a adquiere derechos a beneficios de Medicare (bajo Parte A, Parte B, o ambos); o
- Se divorcia o legalmente se separa de su esposo/a.

Su hijo/a dependiente se volverá un beneficiario calificado si ellos pierden la cobertura bajo el Plan si es que cualquiera de los siguientes eventos calificados suceden:

- El empleado-padre fallece;

- Las horas de empleo del empleado-padre son reducidas;
- El empleo del empleado-padre se termina debido por cualquier otra razón menos su conducta inapropiada;
- El empleado-padre se vuelve elegible a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambos);
- Los padres se divorcian o se separan legalmente; o
- El hijo/a pierde la elegible para la cobertura bajo el plan como un hijo/a dependiente

¿Cuándo es que COBRA está Disponible?

El Plan ofrecerá la continuación de cobertura COBRA a los beneficiarios calificados solamente después de que el Administrador del Plan haiga sido notificado que un evento calificado a ocurrido. Cuando el evento calificado es la terminación de empleo o la reducción de horas de empleo, muerte del empleado, o el empleado ha adquirido derechos a beneficios de Medicare (bajo Parte A, Parte B, o ambos), el empleado tiene que notificar al Administrador del Plan sobre el evento calificado.

Para todos los otros eventos específicos (divorcio o separación legal del empleado y el cónyuge, o hijo dependiente que pierde la elegibilidad para la cobertura como hijo dependiente), debe avisarle al administrador del Plan en los 60 días posteriores a que se produzca el evento habilitante.

¿Cómo se provee la cobertura de COBRA?

Una vez que el Administrador del Plan reciba el aviso de que un evento calificado ha ocurrido, la continuación de cobertura COBRA será ofrecida a cada uno de los beneficiarios calificados. Cada beneficiario calificado tendrá el derecho independiente de elegir la continuación de cobertura COBRA. Empleados cubiertos pueden elegir la continuación de cobertura de COBRA en nombre de su esposo/a, y padres podrán elegir la continuación de cobertura de COBRA en nombre de sus hijo/as.

La continuación de cobertura COBRA es una continuación temporaria de cobertura. Cuando el evento calificado es la muerte del empleado, cuando el empleado adquiere el derecho a los beneficios de Medicare (bajo Parte A, Parte B, o ambos), su divorcio o separación legal, o un hijo/a dependiente que pierde su elegibilidad de hijo/a dependiente, la continuación de cobertura de COBRA dura hasta por un total de 36 meses. Cuando el evento calificado es la terminación de empleo o la reducción de horas de empleo de un empleado, y el empleado adquirió el derecho a beneficios de Medicare 18 meses antes del evento calificado, la continuación de cobertura de COBRA para los beneficiarios calificados aparte del empleado dura hasta 36 meses después de la fecha en la cual adquirió el derecho a Medicare. Por ejemplo, si un empleado cubierto adquiere el derecho a Medicare 8 meses antes de la fecha en la cual su empleo va ser terminado, la continuación de cobertura de COBRA para su esposo/a e hijos puede tener una duración de 36

meses después de la fecha que adquirió Medicare, que es igual a 28 meses después de la fecha del evento calificado (36 meses menos 8 meses). De otra manera, cuando el evento calificado es la terminación de empleo o la reducción de horas de empleo del empleado, la continuación de cobertura de COBRA generalmente dura por solamente un total de 18 meses. Hay dos maneras en la cual este periodo de 18 meses de la continuación de cobertura de COBRA puede ser extendida.

Extensión de Discapacidad del Periodo de 18 meses de la continuación de cobertura.

Si usted o algún miembro de su familia que está cubierto bajo el Plan son determinados como estar incapacitado por la Administración de Seguro Social y usted notifica al Administrador del Plan en el tiempo oportuno, usted y toda su familia puede tener derecho a recibir hasta 11 meses adicionales de la continuación de cobertura de COBRA, por un máximo total de 29 meses. La incapacidad tendría que haber comenzado en algún momento antes del día 60 de la continuación de cobertura de COBRA y debe durar por lo menos hasta el final del periodo de 18 meses de continuación de cobertura. Se requerirá documentación de la administración de Seguro Social, certificando la incapacidad.

Segunda extensión, de un evento calificado, de 18 meses de continuación de cobertura

Si su familia experiencia otro evento calificado mientras que están recibiendo una continuación de cobertura de COBRA de 18 meses, el esposo/a y niños dependientes de su familia podrán recibir hasta 18 meses más de la continuación de cobertura de COBRA, por un máximo de 36 meses, si es que un aviso del segundo evento calificado es dado al Plan en una manera apropiada. Esta extensión podrá estar disponible al esposo/a y a cualquier niño dependiente que están recibiendo la continuación de cobertura si es que el empleado o ex-empleado fallece, adquiere el derecho a recibir beneficios de Medicare (bajo Parte A, Parte B, o ambos), o se divorcia o legalmente se separa, o si el niño dependiente pierde la elegible bajo el Plan como un niño dependiente, pero solamente si el evento hubiese causado que el esposo/a o el niño dependiente pierdan su cobertura bajo el Plan si el primer evento calificado no hubiese ocurrido.

¿Hay otras opciones de cobertura aparte de la continuación de cobertura de COBRA?

Si. Envés de inscribirse en la continuación de cobertura de COBRA, podrán haber otras opciones de cobertura para usted y su familia, a través del Mercado de Seguro de Salud, Medicaid, u otras opciones de cobertura de planes de salud de grupo (como el plan de su esposo/a) a través de algo que se llama el “periodo de inscripción especial.” Algunas de estas opciones podrán costar menos que la continuación de cobertura de COBRA. Usted podrá aprender más sobre estas opciones al visitar www.healthcare.gov.

¿Puedo inscribirme en Medicare, en caso de ser elegible, después de que finalice la cobertura de mi plan de salud colectivo?

En general, después del período de inscripción inicial, hay un período de inscripción especial de 8 meses para inscribirse en Medicare Parte A o B, que comienza cuando ocurre lo primero de lo siguiente:

- El mes posterior a la finalización del empleo.
- El mes posterior a la finalización de la cobertura del plan de salud colectivo basada en el empleo actual.

Si elige la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) y desea inscribirse en Medicare Parte B después de que finalice su cobertura de continuación, es posible que tenga que pagar una penalidad por inscripción tardía. Si se inscribe inicialmente en Medicare Parte A o B después de elegir la cobertura de continuación COBRA, el plan puede terminar su cobertura de continuación (sin embargo, si Medicare Parte A o B entra en vigencia en la fecha de la elección de COBRA o antes de esta fecha, la cobertura de COBRA no se puede descontinuar debido al derecho a Medicare, incluso si la persona se inscribe en la otra parte de Medicare después de la fecha de la elección de la cobertura de COBRA).

Si está inscrito tanto en COBRA como en Medicare, Medicare será generalmente el pagador principal. Es posible que algunos planes “disminuyan” el monto que Medicare pagaría en caso de ser el pagador principal, incluso si usted no está inscrito.

Para obtener más información, visite www.medicare.gov/medicare-and-you

Si es que tiene preguntas

Preguntas en cuestión de su Plan o sobre sus derechos de la continuación de cobertura de COBRA deberán de ser dirigidas al administrador del plan indicado anteriormente o en la descripción resumida del plan. Para obtener más información sobre sus derechos bajo la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA), incluyendo COBRA, la Ley de Protección al Paciente y del Cuidad de Salud a Bajo Precio, y otras leyes que afectan a los planes de salud de grupo, contacte a la oficina Regional o Distrital de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (EBSA) del Departamento de Trabajo de los Estado Unidos más cercana a su área o visite www.dol.gov/ebsa. (Domicilios y números telefónicos de las oficinas Regionales o Distritales de EBSA están disponibles a través su página de web.) Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov.

Mantenga a su Plan informado sobre cambios de su domicilio

Para proteger los derechos de su familia, mantenga al Administrador del Plan informado sobre cualquier cambio en domicilio de los miembros de su familia. Usted también debería de mantener, para sus registros, una copia de cualquier aviso que usted mande al Administrador del Plan.

Extensión de Ciertos Plazos Debido a la Emergencia de COVID-19

El 26 de febrero de 2021, el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos anunció que, debido a la emergencia nacional en curso causada por el brote de COVID-19, ciertos plazos requeridos por ERISA y el IRS que anteriormente se extendieron de conformidad con la "Extensión de plazos para planes de beneficios para empleados, participantes y beneficiarios afectados por el brote de COVID-19" y el Aviso 2020-01, se extendieron aún más.

Específicamente los plazos aplicables que caen dentro del Periodo del Brote se extenderán hasta el primero de los siguientes eventos: (i) el primer aniversario de la fecha límite, o (ii) sesenta (60) días después del anuncio del fin de la Emergencia Nacional de COVID-19. Esto se aplica a los plazos aplicables de las personas que participan en el plan, y a los plazos aplicables del plan y también a los administradores del plan. El período de extensión de la fecha límite se determina individualmente o caso por caso.

La fecha en que se resume el plazo de cumplimiento dependerá de la fecha en que el Gobierno Federal declare que la Emergencia Nacional ha terminado.

Los plazos para las condiciones siguientes del plan han sido extendidos por este Reglamento Final:

- Periodos de Inscripción Especial de HIPAA ("Eventos Calificados de COBRA")
- Periodos de Elección de COBRA
- La fecha para hacer los pagos de primas de COBRA
- La fecha para que los beneficiarios notifiquen al administrador de COBRA, sobre un evento calificado o una determinación de discapacidad
- La fecha para entregar un reclamo de beneficios
- La fecha para apelar una determinación adversa de beneficios
- La fecha para solicitar una revisión externa de una determinación adversa de beneficios
- La fecha para presentar una solicitud corregida de revisión externa, si en caso de que la solicitud inicial estuvo incompleta

SUS DERECHOS Y PROTECCIONES CONTRA FACTURAS MEDICAS INESPERADAS

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

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

Cuando vea a un médico u otro proveedor de atención médica, es posible que deba ciertos costos, como un copago, un coseguro y / o un deducible. Es posible que tenga costos adicionales o que

tenga que pagar la factura completa si ve 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 proporcionar servicios. Es posible que los proveedores fuera de la red puedan facturarle la diferencia entre lo que paga su plan y el monto total cobrado por un servicio. Esto se llama "**facturación de saldo**". Es probable que esta cantidad sea mayor que los costos dentro de la red para el mismo servicio y podría no contar para el deducible de su plan o el límite anual de gastos de bolsillo.

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

Usted está protegido de la facturación del saldo 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 pueden facturarle es el monto de los costos compartidos dentro de la red de su plan (como copagos, coseguros y deducibles). **No** se le puede facturar el saldo de estos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que puede obtener después de estar en condición estable, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones para que no se le facturen de manera equilibrada por estos servicios posteriores a la estabilización.

ILLINOIS TIENE PROTECCIONES COMPRENSIVAS:

- El estado requiere que las aseguradoras mantengan a los participantes indemnes por montos que superen el nivel de costo compartido dentro de la red de salud
- El estado prohíbe que los proveedores fuera de la red, facturen a los participantes por cualquier cantidad más allá del nivel de costos compartidos dentro de la red*
- Las protecciones anteriores se aplican a:
 - A los inscritos en HMO y PPO
 - Para (1) servicios de emergencia prestados por profesionales fuera de la red en instalaciones dentro de la red, y (2) servicios no de emergencia proporcionados por profesionales fuera de la red en instalaciones dentro de la red
 - Proporcionado por ciertas clases específicas de profesionales de la salud**
- El Estado proporciona un proceso de resolución de disputas***
- Las protecciones no se aplican a:
 - servicios de ambulancia terrestre
 - servicios recibidos en instalaciones fuera de la red
 - participantes que dan su consentimiento a servicios fuera de la red que no son de emergencia****
 - participantes de planes autofinanciados

Notas:

*En Illinois, las protecciones de facturación de saldo se adjuntan cuando el participante asigna el beneficio al proveedor.

**Las protecciones solo se aplican a los servicios prestados por "proveedores basados en instalaciones" definidos como médicos u otros proveedores que brindan servicios de radiología, anestesiología, patología, neonatología o departamento de emergencias.

***La aseguradora puede pagar la cantidad facturada o intentar negociar el reembolso con un proveedor fuera de la red basado en instalaciones. Si los intentos de negociar el monto no se resuelven dentro de un cierto período de tiempo, entonces el asegurador o el médico pueden iniciar un arbitraje vinculante presentando una solicitud ante el Departamento de Seguros.

****Las protecciones no se aplican a los servicios que no son de emergencia cuando el participante "elige deliberadamente" acceder a un médico o proveedor no participante en el centro para los servicios de atención médica disponibles a través de la red de médicos y proveedores participantes de la aseguradora o del plan..

Referenciado de <https://www.commonwealthfund.org/publications/maps-and-interactives/2021/feb/state-balance-billing-protections>

Ciertos servicios en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red

Cuando recibe servicios de un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, ciertos proveedores pueden estar fuera de la red. En estos casos, lo máximo que esos proveedores pueden facturarle es el monto de los costos compartidos dentro de la red de su plan. Esto se aplica a la medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, cirujano asistente, hospitalista o servicios intensivistas. Estos proveedores **no** pueden equilibrar la factura y **no** podrán pedirle que renuncie a sus protecciones para que no se le facture el saldo.

Si obtiene otros tipos de servicios en estas instalaciones 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 se le pedirá que renuncie a sus protecciones de la facturación del saldo. Tampoco está obligado a recibir atención fuera de la red. Puede elegir un proveedor o instalación en la red de su plan.

ILLINOIS TIENE PROTECCIONES COMPRENSIVAS:

- El estado requiere que las aseguradoras mantengan a los participantes indemnes por montos que superen el nivel de costo compartido dentro de la red de salud
- El estado prohíbe que los proveedores fuera de la red, facturen a los participantes por cualquier cantidad más allá del nivel de costos compartidos dentro de la red*

- Las protecciones anteriores se aplican a:
 - A los inscritos en HMO y PPO
 - Para (1) servicios de emergencia prestados por profesionales fuera de la red en instalaciones dentro de la red, y (2) servicios no de emergencia proporcionados por profesionales fuera de la red en instalaciones dentro de la red
 - Proporcionado por ciertas clases específicas de profesionales de la salud**
- El Estado proporciona un proceso de resolución de disputas***
- Las protecciones no se aplican a:
 - servicios de ambulancia terrestre
 - servicios recibidos en instalaciones fuera de la red
 - participantes que dan su consentimiento a servicios fuera de la red que no son de emergencia****
 - participantes de planes autofinanciados

Notas:

*En Illinois, las protecciones de facturación de saldo se adjuntan cuando el participante asigna el beneficio al proveedor.

**Las protecciones solo se aplican a los servicios prestados por "proveedores basados en instalaciones" definidos como médicos u otros proveedores que brindan servicios de radiología, anestesiología, patología, neonatología o departamento de emergencias.

***La aseguradora puede pagar la cantidad facturada o intentar negociar el reembolso con un proveedor fuera de la red basado en instalaciones. Si los intentos de negociar el monto no se resuelven dentro de un cierto período de tiempo, entonces el asegurador o el médico pueden iniciar un arbitraje vinculante presentando una solicitud ante el Departamento de Seguros.

****Las protecciones no se aplican a los servicios que no son de emergencia cuando el participante "elige deliberadamente" acceder a un médico o proveedor no participante en el centro para los servicios de atención médica disponibles a través de la red de médicos y proveedores participantes de la aseguradora o del plan..

Referenciado de <https://www.commonwealthfund.org/publications/maps-and-interactives/2021/feb/state-balance-billing-protections>

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

- Usted solo es responsable de pagar su parte del costo (como los copagos, el coseguro y los deducibles que pagaría si el proveedor o la instalación estuviera dentro de la red). Su plan de salud pagará directamente a los proveedores e instalaciones fuera de la red.
- Su plan de salud generalmente debe de:

- Cubrir los servicios de emergencia sin necesidad de obtener la aprobación de los servicios por adelantado (conocido como “autorización previa”).
- Cubrir los servicios de emergencia de proveedores fuera de la red.
- Basar lo que le debe al proveedor o instalación (costo compartido) en lo que pagaría a un proveedor o instalación en la red y muestre esa cantidad en su explicación de beneficios.
- Cuente cualquier cantidad que pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red para su deducible dentro de la red y límite de gastos de bolsillo

Si cree que le han facturado incorrectamente, marque 1-800-985-3059 el número de telefónico federal para obtener información y quejas.

Visite <https://www.cms.gov/nosurprises/consumers> para obtener más información sobre sus derechos según la ley federal.

Visite http://www.healthcarereportcard.illinois.gov/contents/view/fair_patient_billing_act para obtener más información sobre sus derechos bajo Illinois.