Avisos y Divulgaciones Anuales de Empleados

Año de beneficio: 2027

Si usted (y/o sus dependientes) tiene Medicare o será elegible para Medicare en los próximos 12 meses, una ley federal le ofrece más opciones sobre su cobertura de medicamentos con receta. Por favor, consulte el **AVISO DE MEDICARE PARTE D** en **Página 3** en este paquete para más detalles.

Este paquete contiene los avisos anuales obligatorios de beneficios para empleados. Estos avisos proporcionan información importante sobre tus derechos y protecciones bajo la legislación federal y estatal relacionados con tu salud, jubilación y otros beneficios laborales.

Por favor, guarda este paquete junto con los documentos de tu plan para tus registros y regítalo según sea necesario a lo largo del año.

Índice

Título del aviso	Página
Cobertura Creable de Medicare Prescription (Parte D)	3
Asistencia para primas bajo Medicaid y Programas de Seguro de Salud Infantil (CHIP)	4
Opciones de cobertura del mercado de seguros de salud y tu cobertura sanitaria	8
Aviso general de los derechos de continuación de cobertura de COBRA	11
Aviso de Prácticas de Privacidad	14
Aviso de Inscripción Especial HIPAA	18
Ley de Derechos de la Mujer y Cáncer (WHCRA)	18
Ley de No Discriminación en Información Genética de 2008 (GINA)	19
Ley de Paridad en Salud Mental y Equidad en Adicciones (MHPAEA)	19
Protección del Paciente (Designación de PCP/OB-GYN)	19
Ley Sin Sorpresas (NSA) – Facturación de Saldos	20

Si tiene alguna pregunta sobre los avisos incluidos en este paquete, por favor contacte con el Administrador del Plan que se indica a continuación.

Corporación Jaynes

Apartado Postal 26841
Albuquerque, NM 87125

Administrador de Planes: Recursos Humanos
Correo electrónico: HR@jaynescorp.com
Teléfono: 505-345-8591

COBERTURA CREDITABLE DE MEDICARE CON RECETA (PARTE D)

Por favor, lea este aviso detenidamente y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos con receta en Jaynes Corporation y sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Esta información puede ayudarle a decidir si desea unirse a un plan de medicamentos de Medicare. Si está considerando unirse, debería comparar su cobertura actual, incluyendo qué medicamentos están cubiertos a qué coste, con la cobertura y los costes de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos con receta de Medicare en su zona. La información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos con receta se encuentra al final de este aviso.

Hay dos cosas importantes que debes saber sobre tu cobertura actual y la cobertura de medicamentos con receta de Medicare:

1. La cobertura de medicamentos con receta de Medicare estuvo disponible en 2006 para todas las personas con Medicare. Puedes obtener esta cobertura si te unes a un Plan de Medicamentos con Receta de Medicare o a un Plan Medicare Advantage (como una HMO o PPO) que ofrece cobertura de medicamentos con receta. Todos los planes de medicamentos de Medicare ofrecen al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
2. Jaynes Corporation ha determinado que la cobertura de medicamentos con receta ofrecida por el Plan Médico de Jaynes Companies es, de media, para todos los participantes del plan, que pague tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare y, por tanto, se considera Cobertura Creditable. Como tu cobertura actual es Creditable Coverage, puedes conservar esta cobertura y no pagar una prima más alta (una penalización) si más adelante decides unirte a un plan de medicamentos de Medicare.

¿Cuándo puedes unirte a un plan de medicamentos de Medicare?
Puedes unirte a un plan de medicamentos de Medicare cuando seas elegible para Medicare y cada año desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

Sin embargo, si pierdes tu cobertura actual de medicamentos con receta acreditable, sin culpa propia, también serás elegible para un Periodo Especial de Inscripción (SEP) de dos (2) meses para unirte a un plan de medicamentos de Medicare.

¿Cuándo pagarás una prima más alta (penalización) para unirte a un plan de medicamentos de Medicare?
También debes saber que si cancelas o pierdes tu cobertura actual con Jaynes Corporation y no te adhieres a un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días continuos posteriores a que termine tu cobertura, podrías pagar una prima más alta (una penalización) para unirte a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si pasas 63 días continuos o más sin cobertura creditable de medicamentos con receta, tu prima mensual puede aumentar al menos un 1% de la prima base de beneficiario de Medicare por mes por cada mes en que no tuviste esa cobertura. Por ejemplo, si pasas diecinueve meses sin cobertura acreditable, tu prima puede ser consistentemente al menos un 19% superior a la prima base de beneficiario de Medicare. Puede que tengas que pagar esta prima más alta (una penalización) siempre que tengas cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Además, puede que tengas que esperar hasta el octubre siguiente para unirte.

Para más información sobre este aviso o sobre tu cobertura actual de medicamentos con receta
Contacta con el administrador de tu plan. NOTA: Recibirás este aviso cada año. También lo recibirás antes del próximo periodo en que puedas unirte a un plan de medicamentos de Medicare, y si esta cobertura a través de Jaynes Corporation cambia. También puedes solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para más información sobre tus opciones bajo la cobertura de medicamentos con receta de Medicare
Información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos con receta está en el manual "Medicare & You". Cada año recibirás una copia del manual por correo de Medicare. También puedes ser contactado directamente por los planes de medicamentos de Medicare.

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

- Visita www.medicare.gov
- Llama a tu Programa de Asistencia de Seguro Médico Estatal (consulta la contraportada interior de tu copia del manual "Medicare & You" para su número de teléfono) para recibir ayuda personalizada
- Llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tienes ingresos y recursos limitados, hay ayuda adicional disponible para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Para más información sobre esta ayuda adicional, visita la Seguridad Social en la web en www.socialsecurity.gov o llama al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Recuerda: Conserva este **aviso de Cobertura Creíble.** Si decides unirte a uno de los planes de medicamentos de Medicare, puede que se te pida proporcionar una copia de este aviso al unirte para demostrar si has mantenido una cobertura creditable y, por tanto, si estás obligado a pagar una prima más alta (una penalización).

Fecha: 1/1/2027
Empleador: Jaynes Corporation
Administrador de Planes: Recursos Humanos
Dirección: Apartado Postal 26841 Albuquerque, NM 87125
Dirección de correo electrónico: HR@jaynescorp.com
Número de teléfono: 505-345-8591

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

Si tú o tus hijos sois elegibles para Medicaid o CHIP y también sois elegibles para cobertura sanitaria de vuestro empleador, es posible que vuestro estado tenga un programa de asistencia a primas que ayude a pagar la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si vosotros o vuestros hijos no sois elegibles para Medicaid o CHIP, no seréis elegibles para estos programas de asistencia a primas, pero podréis comprar un seguro individual a través del Mercado de Seguros de Salud. Para más información, visite www.healthcare.gov.

Si tú o tus dependientes ya estáis inscritos en Medicaid o CHIP y vivís en un estado que se indica a continuación, contactad con la oficina de Medicaid o CHIP de tu estado para saber si hay ayuda para la prima disponible.

Si tú o tus dependientes NO estáis actualmente inscritos en Medicaid o CHIP, y creéis que vosotros o alguno de vuestros dependientes podríais ser elegibles para alguno de estos programas, contactad con la oficina de Medicaid o CHIP de tu estado o llama al 1-877-KIDS NOW o www.insurekidsnow.gov para saber cómo solicitar. Si cumples los requisitos, pregunta a tu comunidad autónoma si existe algún programa que te ayude a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para la ayuda de primas bajo Medicaid o CHIP, así como son elegibles bajo el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en su plan de empleador si aún no está inscrito. Esto se llama "oportunidad especial de inscripción", y debe solicitar la cobertura en un plazo de 60 días desde que se determine que es elegible para la ayuda de prima. Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en su plan de empleador, contacte con el Departamento de Trabajo en www.askebsa.dol.gov o llame al 1-866-444-EBSA (3272).

Si vives en uno de los siguientes estados, podrías ser elegible para recibir ayuda para pagar las primas del seguro de salud de tu empleador. La siguiente lista de estados está actualizada a 31 de julio de 2026. Contacta con tu Estado para más información sobre la elegibilidad –

ALABAMA – Medicaid	ALASKA – Medicaid
Página web: http://myalhipp.com/ Teléfono: 1-855-692-5447	El Programa de Pago de Primas del Seguro de Salud de AK Página web: http://myakhipp.com/ Teléfono: 1-866-251-4861 Correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad para Medicaid: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx
ARKANSAS – Medicaid	**CALIFORNIA – Medicaid**
Página web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Página web del Programa de Pago de Primas de Seguro de Salud (HIPP): http://dhcs.ca.gov/hipp Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov
COLORADO – Health First Colorado (Programa de Medicaid de Colorado) y Plan de Salud Infantil Plus (CHP+)	**FLORIDA – Medicaid**
Página web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/ Centro de Contacto para Miembros de Health First Colorado: 1-800-221-3943/Relevo Estatal 711 CHP+: https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus Atención al cliente CHP+: 1-800-359-1991/State Relay 711 Programa de Compra de Seguro de Salud (HIBI): https://www.mycohibi.com/ Servicio de atención al cliente de HIBI: 1-855-692-6442	Página web: https://www.flmedicaidtplrecovery.com/flmedicaidtplrecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268
GEORGIA – Medicaid	**ILLINOIS - Medicaid**
Página web de GA HIPP: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162, Pulsa 1 Página web de GA CHIPRA: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Teléfono: 678-564-1162, Pulsa 2	Información sobre la Asistencia de Primas de Medicaid en Illinois Página web de solicitud de Medicaid: https://abe.illinois.gov Número de línea directa de HIPP: 217-524-8268 Correo electrónico HIPP: hfs.boc.hipp@illinois.gov
INDIANA – Medicaid	**IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)**
Programa de Pago de Primas de Seguro de Salud Todos los demás Medicaid Página web: https://www.in.gov/medicaid/ http://www.in.gov/fssa/dfr/ Administración de Servicios Familiares y Sociales Teléfono: 1-800-403-0864 Teléfono de Servicios a Miembros: 1-800-457-4584	Sitio web de Medicaid: Medicaid de Iowa | Salud y Servicios Humanos Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366 Página web de Hawki: Hawki - Niños sanos y sanos en Iowa | Salud y Servicios Humanos Teléfono Hawki: 1-800-257-8563 Sitio web de HIPP: Pago de primas de seguro de salud (HIPP) | Salud y Servicios Humanos (iowa.gov) Teléfono HIPP: 1-888-346-9562

KANSAS – Medicaid	KENTUCKY – Medicaid
Página web: https://www.kancare.ks.gov/ Teléfono: 1-800-792-4884 Teléfono HIPP: 1-800-967-4660	Página web del Programa Integrado de Pago de Primas de Seguro de Salud de Kentucky (KI-HIPP): https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Teléfono: 1-855-459-6328 Correo electrónico: KIHIPP.PROGRAM@ky.gov Página web de KCHIP: https://kynect.ky.gov Teléfono: 1-877-524-4718 Sitio web de Medicaid en Kentucky: https://chfs.ky.gov/agencies/dms
LOUISIANA – Medicaid	**MAINE – Medicaid**
Sitio web de Medicaid de Luisiana: https://www.ldh.la.gov/healthy-louisiana Línea de atención al cliente de Medicaid: 1-888-342-6207 Correo electrónico de Medicaid de Luisiana: healthy@la.gov Página web del Programa de Primas de Seguro de Salud de Luisiana (LaHIPP): https://www.ldh.la.gov/lahipp Teléfono LaHIPP: 1-877-697-6703 LaHIPP email: La.HIPP@la.gov fax LaHIPP: 1-888-716-9787 Dirección postal de LaHIPP: 100 Crescent Centre Parkway, Suite 1000 Tucker, GA 30084	Página web de matrícula: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Relé 711 de Maine Página web de primas de seguro médico privado: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-977-6740 TTY: Relé 711 de Maine
MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP	**MINNESOTA – Medicaid**
Página web: https://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840 TTY: 711 Correo electrónico: masspremassistance@accenture.com	Página web: https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/ Teléfono: 1-800-657-3672
MISSOURI – Medicaid	**MONTANA – Medicaid**
Página web: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005	Página web: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084 Correo electrónico: HHSHIPPProgram@mt.gov
NEBRASKA – Medicaid	**NEVADA – Medicaid**
Página web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178	Sitio web de Medicaid: http://dhcfp.nv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900
NEW HAMPSHIRE – Medicaid	**NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP**
Página web: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Teléfono: 603-271-5218 Número gratuito del programa HIPP: 1-800-852-3345, ext. 15218 Correo electrónico: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov	Sitio web de Medicaid: https://www.nj.gov/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Teléfono: 1-800-356-1561 Teléfono de asistencia CHIP Premium: 609-631-2392 Página web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono CHIP: 1-800-701-0710 (TTY: 711)
NUEVA YORK – Medicaid	**CAROLINA DEL NORTE – Medicaid**
Página web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831	Página web: https://medicaid.ncdhhs.gov/ Teléfono: 919-855-4100
DAKOTA DEL NORTE – Medicaid	**OKLAHOMA – Medicaid y CHIP**
Página web: https://www.hhs.nd.gov/healthcare Teléfono: 1-844-854-4825	Website: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742

OREGON – Medicaid	PENSILVANIA – Medicaid y CHIP
Página web: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-800-699-9075	Página web: https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html Teléfono: 1-800-692-7462 Página web de CHIP: Programa de Seguro de Salud Infantil (CHIP) (pa.gov) Teléfono CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)
RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP	**CAROLINA DEL SUR – Medicaid**
Página web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 1-855-697-4347, o 401-462-0311 (Línea Directa de Compartir Radio)	Página web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820
DAKOTA DEL SUR - Medicaid	**TEXAS – Medicaid**
Página web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059	Sitio web: Programa de Pago de Primas de Seguro de Salud (HIPP) | Salud y Servicios Humanos de Texas Teléfono: 1-800-440-0493
UTAH – Medicaid y CHIP	**VERMONT– Medicaid**
Página web de la Asociación Premium para el Seguro de Salud (UPP) de Utah: https://medicaid.utah.gov/upp/ Correo electrónico: upp@utah.gov Teléfono: 1-888-222-2542 Página web de expansión para adultos: https://medicaid.utah.gov/expansion/ Página web del Programa de Compra de Medicaid de Utah: https://medicaid.utah.gov/buyout-program/ Página web de CHIP: https://chip.utah.gov/	Sitio web: Programa de Pago de Primas de Seguro de Salud (HIPP) | Departamento de Acceso a la Salud de Vermont Teléfono: 1-800-250-8427
VIRGINIA – Medicaid y CHIP	**WASHINGTON – Medicaid**
Página web: https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs Teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924	Página web: https://www.hca.wa.gov/ Teléfono: 1-800-562-3022
VIRGINIA OCCIDENTAL – Medicaid y CHIP	**WISCONSIN – Medicaid y CHIP**
Página web: https://dhhr.wv.gov/bms/ http://mywvhipp.com/ Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 Teléfono gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)	Página web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002
WYOMING – Medicaid	
Página web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Teléfono: 1-800-251-1269	

Para saber si algún otro estado ha añadido un programa de asistencia a primas desde el 31 de julio de 2026, o para más información sobre derechos de inscripción especial, contacte con cualquiera de:

Departamento de Trabajo de EE. UU.

Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados

www.dol.gov/agencies/ebsa

1-866-444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

www.cms.hhs.gov

1-877-267-2323, Opción de menú 4, Ext. 61565

NUEVAS OPCIONES DE COBERTURA DEL MERCADO DE SEGUROS DE SALUD Y TU COBERTURA SANITARIA

PARTE A: Información general

Incluso si te ofrecen cobertura médica a través de tu empleo, es posible que dispongas de otras opciones de cobertura a través del Mercado de Seguros de Salud ("Mercado"). Para ayudarte a evaluar opciones para ti y tu familia, este aviso proporciona información básica sobre el Mercado de Seguros de Salud y la cobertura de salud que ofrece tu empleo.

¿Qué es el Mercado de Seguros de Salud?

El Mercado está diseñado para ayudarte a encontrar un seguro de salud que se adapte a tus necesidades y a tu presupuesto. El Mercado ofrece un "punto de venta" para encontrar y comparar opciones de seguro médico privado en tu zona geográfica.

¿Puedo ahorrar dinero en las primas de mi seguro de salud en el mercado?

Podrías calificar para ahorrar dinero y reducir tu prima mensual y otros gastos de bolsillo, pero solo si tu empleador no ofrece cobertura, o una cobertura que no se considera asequible para ti y que no cumple ciertos estándares mínimos de valor (que se explican más adelante). Los ahorros a los que tienes derecho dependen de los ingresos de tu hogar. También podrías ser elegible para un crédito fiscal que reduzca tus costes.

¿La cobertura sanitaria basada en el empleo afecta a la elegibilidad para ahorrar en primas a través del mercado?

Sí. Si tienes una oferta de cobertura sanitaria de tu empleador que se considera asequible para ti y cumple ciertos estándares mínimos de valor, no serás elegible para un crédito fiscal ni un pago anticipado del crédito fiscal para tu cobertura del Mercado y puede que quieras inscribirte en tu plan de salud basado en el empleo. Sin embargo, podrías ser elegible para un crédito fiscal y pagos anticipados del crédito que reduzcan tu prima mensual, o una reducción en cierta participación de costes, si tu empleador no te ofrece cobertura en absoluto o no ofrece una cobertura considerada asequible para ti o no cumple con los estándares mínimos de valor. Si tu parte del coste de la prima de todos los planes que te ofrecen a través de tu empleo es superior al 9,96% de los ingresos anuales de tu hogar, o si la cobertura a través de tu empleo no cumple con el estándar de "valor mínimo" establecido por la Ley de Cuidado de Salud Asequible, podrías ser elegible para un crédito fiscal y un pago anticipado del crédito si no te inscribes en la cobertura sanitaria basada en el empleo. Para los familiares del empleado, la cobertura se considera asequible si el coste de las primas del empleado para el plan de menor coste que cubriría a todos los miembros de la familia no supera el 9,96% de los ingresos familiares del empleado.

Nota: Si compras un plan de salud a través del Mercado en lugar de aceptar la cobertura de salud ofrecida a través de tu empleo, podrías perder el acceso a lo que el empleador aporte a la cobertura basada en el empleo. Además, esta contribución del empleador —así como la contribución de tu empleado a la cobertura basada en el empleo— generalmente se excluye de los ingresos para fines fiscales federales y estatales. Tus pagos por cobertura a través del Mercado se realizan después de impuestos. Además, ten en cuenta que si la cobertura sanitaria ofrecida a través de tu empleo no cumple con los estándares de asequibilidad o valor mínimo, pero aceptas esa cobertura de todos modos, no serás elegible para un crédito fiscal. Debes tener en cuenta todos estos factores a la hora de decidir si contratar un plan de salud a través del Mercado.

¿Cuándo puedo inscribirme en un seguro de salud a través del mercado?

Puedes inscribirte en un plan de seguro de salud del Mercado durante el Periodo Anual de Inscripción Abierta del Mercado. La inscripción abierta varía según el estado, pero generalmente comienza el 1 de noviembre y continúa al menos hasta el 15 de diciembre.

Fuera del Periodo Anual de Inscripción Abierta, puedes inscribirte en un seguro médico si cumples los requisitos para un Periodo Especial de Inscripción. En general, calificas para un Periodo Especial de Inscripción si has tenido ciertos eventos vitales que califican, como casarte, tener un bebé, adoptar un hijo o perder la elegibilidad para otra cobertura médica. Dependiendo del tipo de Periodo de Inscripción Especial, puedes disponer de 60 días antes o 60 días después del evento vital que califica para inscribirte en un plan del Mercado.

También existe un Periodo Especial de Inscripción en el Mercado para las personas y sus familias que pierdan la elegibilidad para Medicaid o la cobertura del Programa de Seguro de Salud Infantil (CHIP) a partir del 31 de marzo de 2023 y al 31 de julio de 2024. Desde el inicio de la emergencia nacional de salud pública por COVID-19, las agencias estatales de Medicaid y CHIP generalmente no han terminado la inscripción de ningún beneficiario de Medicaid o CHIP que estuviera inscrito desde el 18 de marzo de 2020 hasta el 31 de marzo de 2023. A medida que las agencias estatales de Medicaid y CHIP reanudan las prácticas regulares de elegibilidad e inscripción, muchas personas podrían dejar de ser elegibles para la cobertura de Medicaid o CHIP a partir del 31 de marzo de 2023. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE**. UU. ofrece un periodo temporal de inscripción especial en el Mercado para permitir que estas personas se inscriban en la cobertura del Mercado**.

Las personas elegibles del Marketplace que viven en estados atendidos por HealthCare.gov y que, ya sea presenten una nueva solicitud o actualicen una solicitud existente el HealthCare.gov entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024, y atestiguen la fecha de finalización de la cobertura de Medicaid o CHIP en el mismo periodo, son elegibles para un Periodo Especial de Inscripción de 60 días. **Esto significa que si pierdes la cobertura de Medicaid o CHIP entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024, podrías inscribirte en la cobertura del Mercado dentro de los 60 días siguientes a la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP**. Además, si tú o tus familiares estáis inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP, es importante asegurarse de que tu información de contacto esté actualizada para obtener cualquier información sobre cambios en tu elegibilidad. Para obtener más información, visite **HealthCare.gov** o llame al Centro de Llamadas del Marketplace al 1-800-318-2596. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-889-4325.

¿Y qué hay de las alternativas a la cobertura de seguro de salud del mercado?
Si usted o su familia sois elegibles para la cobertura en un plan de salud basado en el empleo (como un plan de salud patrocinado por el empleador), usted o su familia también pueden ser elegibles para un Periodo Especial de Inscripción para inscribirse en ese plan en determinadas circunstancias, incluyendo si usted o sus dependientes estaban inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP y perdieron esa cobertura. Generalmente, dispone de 60 días tras la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP para inscribirse en un plan de salud basado en el empleo, pero si usted y su familia perdieron la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o CHIP entre el 31 de marzo de 2023 y el 10 de julio de 2023, pueden solicitar esta inscripción especial en el plan de salud basado en el empleo hasta el 8 de septiembre de 2023. Confirme la fecha límite con su empleador o con su plan de salud basado en el empleo.

Alternativamente, puedes inscribirte en la cobertura de Medicaid o CHIP en cualquier momento rellenando una solicitud a través del Marketplace o solicitando directamente a través de tu agencia estatal de Medicaid. Visita **https://www.healthcare.gov/medicaid-chip/gettingmedicaid-chip/** para más detalles.

¿Cómo puedo obtener más información?
Para más información sobre la cobertura que ofrece su empleo, consulte la descripción resumida de su plan de salud o contacte con el administrador de su plan.

El Mercado puede ayudarte a evaluar tus opciones de cobertura, incluyendo tu elegibilidad para la cobertura a través del Mercado y su coste. Por favor, visita HealthCare.gov para más información, incluyendo una solicitud en línea para la cobertura de seguro de salud e información de contacto de un Mercado de Seguros de Salud en tu zona.

PARTE B: Información sobre la cobertura sanitaria ofrecida por tu empleador

Esta sección contiene información sobre cualquier cobertura sanitaria ofrecida por su empleador. Si decide completar una solicitud de cobertura en el Mercado, se le pedirá que proporcione esta información. Esta información está numerada para corresponder a la solicitud del Mercado.

3. Nombre del empleador		4. Número de identificación del empleador (EIN)
Corporación Jaynes		**85-0172050**
5. Dirección del empleador		6. Número de teléfono del empleador
Apartado Postal 26841		**505-345-8591**
7. Ciudad	8. Estado	9. Código postal
Albuquerque	**NM**	**87125**
10. ¿A quién podemos contactar para la cobertura sanitaria de los empleados en este trabajo?		
Recursos Humanos		
11. Número de teléfono (si es diferente al anterior)	12. Dirección de correo electrónico	
	HR@jaynescorp.com	

Aquí tienes información básica sobre la cobertura sanitaria que ofrece este empleador:

- Como tu empleador, ofrecemos un plan de salud para:
  ☐ Todos los empleados. Los empleados elegibles son:

  ☒ Algunos empleados. Los empleados elegibles son: Empleados a tiempo completo programados regularmente para trabajar 30 o más horas a la semana.

- Respecto a los dependientes:
  ☒ Ofrecemos cobertura. Los dependientes elegibles son: cónyuge, pareja de hecho e hijos a cargo hasta final del mes en que cumplan 26 años.

  ☐ No ofrecemos cobertura.

☒ Si se verifica, esta cobertura cumple con el estándar mínimo de valor, y el coste de esta cobertura para ti está pensado para ser asequible, basado en los salarios de los empleados.

**Incluso si tu empleador pretende que tu cobertura sea asequible, aún podrías ser elegible para un descuento en la prima a través del Mercado. El Mercado utilizará los ingresos de tu hogar, junto con otros factores, para determinar si puedes ser elegible para un descuento en la prima. Si, por ejemplo, tus salarios varían de semana en semana (quizá eres un empleado por horas o trabajas a comisión), si eres nuevo empleado a mitad de año o si tienes otras pérdidas de ingresos, aún podrías optar a un descuento en la prima.

Si decides buscar cobertura en el Marketplace, **HealthCare.gov** te guiará durante el proceso. Aquí tienes la información del empleador que introducirás cuando visites **HealthCare.gov** para saber si puedes obtener un crédito fiscal para reducir tus primas mensuales.

AVISO GENERAL SOBRE LOS DERECHOS DE COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE COBRA

Recibes este aviso porque recientemente obtuviste cobertura bajo un plan de salud grupal (el Seguro). Este aviso contiene información importante sobre tu derecho a la cobertura de continuación COBRA, que es una extensión temporal de la cobertura bajo el Sistema. **Este aviso explica la cobertura de continuación de COBRA, cuándo puede estar disponible para ti y tu familia, y qué debes hacer para proteger tu derecho a obtenerla.** Cuando seas elegible para COBRA, también puedes ser elegible para otras opciones de cobertura que pueden costar menos que la cobertura de continuación de COBRA.

El derecho a la cobertura de continuación de COBRA fue creado por una ley federal, la Ley Unificada de Reconciliación Presupuestaria Omnibus de 1985 (COBRA). La cobertura de continuación de COBRA puede estar disponible para usted y otros miembros de su familia cuando la cobertura de salud grupal terminaría de otro modo. Para más información sobre sus derechos y obligaciones bajo el Plan y bajo la ley federal, debe consultar la Descripción Resumida del Plan del Plan o contactar con su Administrador del Plan.

Puede que dispongas de otras opciones cuando pierdas la cobertura de salud grupal. Por ejemplo, podrías ser elegible para comprar un plan individual a través del Mercado de Seguros de Salud. Al inscribirte en la cobertura a través del Mercado, podrías optar a menores costes en tus primas mensuales y menores costes de bolsillo. Además, podrías optar a un periodo especial de inscripción de 30 días para otro plan de salud grupal al que seas elegible (como el plan de un cónyuge), aunque ese plan generalmente no acepte inscritos tardíos.

¿Qué es la cobertura de continuación de COBRA?
La cobertura de continuación COBRA es una continuación de la cobertura del Plan cuando de otro modo terminaría debido a un evento vital. Esto también se denomina "evento calificado". Eventos específicos que califican se listan más adelante en este aviso. Después de un evento calificativo, la cobertura de continuación COBRA debe ofrecerse a cada persona que sea un "beneficiario calificado". Tú, tu cónyuge y tus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios calificados si se pierde la cobertura bajo el Plan debido al evento que califica. Según el Plan, los beneficiarios cualificados que elijan la cobertura de continuación COBRA deben pagar por la cobertura de continuación COBRA.

Si eres empleado, te convertirás en beneficiario cualificado si pierdes tu cobertura bajo el Plan debido a los siguientes eventos que califican:

- Tus horas de empleo se reducen, o
- Tu empleo termina por cualquier motivo que no sea tu mala conducta grave.

Si eres cónyuge de un empleado, te convertirás en beneficiario cualificado si pierdes la cobertura bajo el Plan debido a los siguientes eventos que califican:

- Tu cónyuge muere;
- Las horas de empleo de tu cónyuge se reducen;
- El empleo de tu cónyuge termina por cualquier motivo que no sea su grave mala conducta;
- Tu cónyuge pasa a tener derecho a beneficios de Medicare (bajo la Parte A, la Parte B o ambas); o
- Te divorcias o te separas legalmente de tu cónyuge.

Tus hijos dependientes se convertirán en beneficiarios cualificados si pierden la cobertura bajo el Plan debido a los siguientes eventos que califican:

- El padre-empleado muere;
- Se reducen las horas de empleo del padre y empleado;

- El empleo del padre-empleado termina por cualquier motivo que no sea su grave mala conducta;
- El padre y trabajador pasa a tener derecho a beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas);
- Los padres se divorcian o se separan legalmente; o
- El niño deja de ser elegible para la cobertura bajo el Plan como "hijo dependiente".

A veces, presentar un procedimiento de bancarrota bajo el título 11 del Código de los Estados Unidos puede ser un evento cualificante. Si el Plan proporciona cobertura para jubilados y un procedimiento de bancarrota que involucre al empleador patrocinador del Plan resulta en la pérdida de dicha cobertura, el empleado jubilado se convertirá en beneficiario cualificado. El cónyuge, el cónyuge superviviente y los hijos dependientes del empleado jubilado también serán beneficiarios calificados si la bancarrota implica la pérdida de su cobertura bajo el Plan.

¿Cuándo está disponible la cobertura de continuación de COBRA?
El Plan ofrecerá cobertura de continuación COBRA a los beneficiarios cualificados solo después de que el Administrador del Plan haya sido notificado de que ha ocurrido un evento calificativo. El empleador debe notificar al Administrador del Plan los siguientes eventos que califican:

- El fin del empleo o la reducción de horas de empleo;
- Fallecimiento del empleado;
- El empleado adquiere derecho a beneficios de Medicare (bajo la Parte A, la Parte B o ambas).

Para todos los demás eventos que cumplan los requisitos (divorcio o separación legal del empleado y cónyuge o la pérdida de elegibilidad de un hijo dependiente para la cobertura como hijo dependiente), debe notificar al Administrador del Plan en un plazo de 60 días desde que ocurra el evento que cumple los requisitos. Para notificar y saber qué información o documentación se requiere, contacte con el Administrador de su Planificación.

¿Cómo se ofrece la cobertura de continuación de COBRA?
Una vez que el Administrador del Plan reciba la notificación de que ha ocurrido un evento calificativo, se ofrecerá la cobertura de continuación COBRA a cada uno de los beneficiarios cualificados. Cada beneficiario cualificado tendrá un derecho independiente a elegir la cobertura de continuación COBRA. Los empleados cubiertos pueden elegir la cobertura de continuación COBRA en nombre de sus cónyuges, y los padres pueden optar por la cobertura de continuación COBRA en nombre de sus hijos.

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

También existen formas en que este periodo de 18 meses de cobertura de continuidad de COBRA puede extenderse:

Extensión de la cobertura de continuidad de COBRA durante un periodo de 18 meses por discapacidad
Si usted o cualquier miembro de su familia cubierto por el Plan es determinado por la Seguridad Social como discapacitado y notifica al Administrador del Plan de forma oportuna, usted y toda su familia podríais tener derecho a obtener hasta 11 meses adicionales de cobertura de continuidad COBRA, por un máximo de 29 meses. La discapacidad tendría que haber comenzado en algún momento antes del día 60 de la cobertura de continuación de COBRA y debe durar al menos hasta el final del periodo de 18 meses de cobertura de continuidad COBRA. Para conocer los procedimientos de notificación de incapacidad del Plan, la documentación requerida y la fecha límite, contacte con el Administrador de su Plan.

Segunda prórroga del evento clasificatorio del periodo de continuación de 18 meses

Si tu familia experimenta otro evento que cumple los requisitos durante los 18 meses de cobertura de continuación de COBRA, el cónyuge y los hijos dependientes de tu familia pueden obtener hasta 18 meses adicionales de cobertura de continuación COBRA, por un máximo de 36 meses, si el Plan es debidamente notificado sobre el segundo evento calificativo. Esta prórroga puede estar disponible para el cónyuge y cualquier hijo dependiente que reciba cobertura de continuación COBRA si el empleado o exempleado fallece; obtiene derecho a beneficios de Medicare (bajo la Parte A, Parte B o ambos); se divorcia o se separa legalmente; o si el hijo dependiente deja de ser elegible bajo el Plan como hijo a cargo. Esta prórroga solo está disponible si el segundo evento calificativo habría hecho que el cónyuge o hijo dependiente perdiera la cobertura bajo el Plan si no se hubiera producido el primer evento calificado.

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

Sí. En lugar de inscribirte en la cobertura de continuación de COBRA, puede haber otras opciones de cobertura para ti y tu familia a través del Mercado de Seguros de Salud, Medicare, Medicaid, Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP) u otras opciones de cobertura de planes de salud grupales (como el plan de cónyuge) a través de lo que se denomina un "periodo especial de inscripción". Algunas de estas opciones pueden costar menos que la cobertura de continuación de COBRA. Puedes obtener más información sobre muchas de estas opciones en www.healthcare.gov.

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

En general, si no te inscribes en Medicare Parte A o B cuando eres elegible por primera vez porque sigues empleado, después del periodo inicial de inscripción de Medicare, tienes un periodo especial de inscripción de 8 meses para inscribirte en Medicare Parte A o B, comenzando a principios de

- El mes después de que termine tu empleo; o
- El mes siguiente termina la cobertura del plan de salud grupal basada en el empleo actual.

Si no te inscribes en Medicare y eliges la cobertura de continuación COBRA, puede que tengas que pagar una penalización por inscripción tardía en la Parte B y podrías tener una interrupción en la cobertura si decides que quieres la Parte B más adelante. Si eliges la cobertura de continuación de COBRA y luego te inscribes en la Parte A o B de Medicare antes de que termine la cobertura de continuación COBRA, el Plan puede terminar tu cobertura de continuación. Sin embargo, si las Partes A o B de Medicare son efectivas en la fecha o antes de la elección de COBRA, la cobertura COBRA puede no ser descontinuada debido al derecho a Medicare, incluso si te inscribes en la otra parte de Medicare después de la fecha de elección de la cobertura COBRA.

Si estás 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 después. Ciertos planes pueden pagar como si fueran secundarios a Medicare, incluso si no estás inscrito en Medicare.

Para más información, visita https://www.medicare.gov/medicare-and-you.

Si tienes preguntas

Para preguntas sobre tu Plan o los derechos de cobertura de continuación de COBRA, contacta con el administrador de tu plan. Para más información sobre los derechos bajo ERISA, COBRA, la Ley de Cuidado de Salud Asequible y otras leyes que afectan a los planes de salud grupales, visita www.dol.gov/agencies/ebsa. Para más información sobre el Mercado de Seguros de Salud, visita www.HealthCare.gov.

Mantén informado tu Plan sobre cambios de dirección

Para proteger los derechos de su familia, contacte con el Administrador del Plan para cualquier cambio en las direcciones de los miembros de la familia. También debe conservar una copia, para sus registros, de cualquier notificación que envíe al Administrador del Plan.

Empleador: Jaynes Corporation
Administrador de Planes: Recursos Humanos
Dirección: Apartado Postal 26841 Albuquerque, NM 87125
Dirección de correo electrónico: HR@jaynescorp.com
Número de teléfono: 505-345-8591

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Administrador de Planes: Recursos Humanos
Correo electrónico: HR@jaynescorp.com
Número de teléfono: 505-345-8591

Corporación Jaynes
Apartado Postal 26841
Albuquerque, NM 87125

Tu información. Tus derechos. Nuestras responsabilidades.

Este aviso describe cómo puede utilizarse y divulgarse la información médica sobre ti y cómo puedes acceder a esta información. **Por favor, revísalo detenidamente.**

Tus derechos

Tienes derecho a:

- Consigue una copia de tus registros de salud y reclamaciones
- Corrige tus registros de salud y reclamaciones
- Solicitar comunicación confidencial
- Pídenos que limitemos la información que compartimos
- Consigue una lista de quienes hemos compartido tu información
- Consigue una copia de este aviso de privacidad
- Elige a alguien que actúe por ti
- Presenta una queja si crees que se han violado tus derechos de privacidad

Tus elecciones

Tienes algunas opciones en la forma en que usamos y compartimos la información mientras nosotros:

- Responde a las preguntas de cobertura de tu familia y amigos
- Proporcionar ayuda en desastres
- Promociona nuestros servicios y vende tu información

Nuestros usos y divulgaciones

Podemos usar y compartir tu información tal como:

- Ayuda a gestionar el tratamiento sanitario que recibes
- Dirigir nuestra organización
- Paga tus servicios de salud
- Administra tu plan de salud
- Ayuda con cuestiones de salud pública y seguridad
- Haz investigación
- Cumplir con la ley

- Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un forense o un director funerario
- Atender solicitudes de compensación laboral, fuerzas del orden y otras solicitudes gubernamentales
- Responder a demandas y acciones legales

En la medida en que tengamos sus registros de pacientes con trastornos por consumo de sustancias, sujetos a la parte 2 del 42 CFR, no compartiremos esa información para investigaciones o procedimientos legales en su contra sin (1) su consentimiento por escrito o (2) una orden judicial y una citación judicial.

TUS DERECHOS

En lo que respecta a tu información sanitaria, tienes ciertos derechos. Esta sección explica tus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarte.

Consigue una copia de los registros de salud y reclamaciones

- Puedes pedir ver o conseguir una copia de tus registros de salud, reclamaciones y otra información sanitaria que tengamos sobre ti. Pregúntanos cómo hacerlo.
- Proporcionaremos una copia o un resumen de tus registros de salud y reclamaciones, normalmente en un plazo de 30 días desde tu solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en costes.

Pídenos que corregamos los registros de salud y reclamaciones

- Puedes pedirnos que corregamos tus registros de salud y reclamaciones si crees que son incorrectos o incompletos. Pregúntanos cómo hacerlo.
- Puede que digamos "no" a tu petición, pero te lo explicaremos por escrito en un plazo de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puedes pedirnos que te contactemos de una forma específica (por ejemplo, teléfono fijo u oficina) o que enviemos correo a otra dirección.
- Consideraremos todas las solicitudes razonables y debemos decir "sí" si nos dices que estarías en peligro si no lo hacemos.

Pídenos que limitemos lo que usamos o compartimos

- Puede pedirnos que no utilizemos ni compartamos cierta información sanitaria para tratamiento, pago o nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar tu solicitud y podríamos decir "no", por ejemplo, si esto pudiera afectar a tu atención. Si aceptamos tu solicitud, aún podemos compartir esta información en caso de que necesites tratamiento de emergencia.

Obtén una lista de quienes hemos compartido información

- Puedes pedir una lista (contabilización) de las veces que hemos compartido tu información sanitaria durante seis años antes de la fecha en que preguntas, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto las relacionadas con tratamiento, pagos y operaciones sanitarias, y ciertas otras divulgaciones (como cualquiera que nos haya pedido). Proporcionaremos una contabilidad al año de forma gratuita, pero cobraremos una tarifa razonable basada en costes si solicita otra en un plazo de 12 meses.

Consigue una copia de este aviso de privacidad

Puede solicitar una copia en papel de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibirlo electrónicamente. Le proporcionaremos una copia en papel de forma inmediata.

Elige a alguien que actúe por ti

- Si alguien tiene autoridad para actuar como tu representante personal, como si alguien tiene tu poder notarial médico o si alguien es tu tutor legal, esa persona puede ejercer tus derechos y tomar decisiones sobre tu información de salud.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esa autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

Presenta una queja si sientes que se han vulnerado tus derechos

- Puedes presentar una queja si consideras que hemos violado tus derechos contactando con el Administrador de tu Plan.
- Puedes presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando **al 1-877-696-6775**, o **visitando https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html.**
- No tomaremos represalias contra ti por presentar una queja

TUS ELECCIONES

Para cierta información sanitaria, puedes contarnos tus opciones sobre lo que compartimos. Si tienes una preferencia clara sobre cómo compartimos tu información en las situaciones descritas a continuación, habla con nosotros. Dinos qué quieres que hagamos y seguiremos tus instrucciones.

En estos casos, tienes tanto el derecho como la opción de decirnos que:

- Comparte información con tu familia, amigos cercanos u otras personas implicadas en el pago por tu cuidado
- Comparte información en una situación de ayuda en desastres

Si no puedes decirnos tu preferencia, por ejemplo si estás inconsciente, podemos compartir tu información si creemos que es lo mejor para ti. También podemos compartir tu información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.

En estos casos *nunca* compartimos tu información a menos que nos des permiso por escrito:

- Fines de marketing
- Venta de tu información

Nuestros usos y divulgaciones

¿Cómo solemos usar o compartir tu información de salud?
Normalmente utilizamos o compartimos tu información sanitaria de las siguientes maneras.

Ayuda a gestionar el tratamiento sanitario que recibes

Podemos utilizar tu información sanitaria y compartirla con profesionales que te tratan.

Ejemplo: Un médico nos envía información sobre tu diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos organizar servicios adicionales.

Dirigir nuestra organización

- Podemos utilizar y compartir tu información para gestionar nuestra organización y ponernos en contacto contigo cuando sea necesario.
- No se nos permite usar información genética para decidir si te daremos cobertura ni el precio de esa cobertura. Esto no se aplica a los planes de cuidados a largo plazo.

Ejemplo: Utilizamos información sanitaria sobre ti para desarrollar mejores servicios para ti.

Paga tus servicios de salud

Podemos utilizar y divulgar tu información sanitaria mientras pagamos tus servicios de salud.

Ejemplo: Compartimos información sobre ti con tu plan dental para coordinar el pago de tus trabajos dentales.

Administra tu plan

Podemos divulgar tu información sanitaria al patrocinador del plan de salud para la administración del plan.

Ejemplo: Tu empresa contrata con nosotros para ofrecer un plan de salud, y nosotros proporcionamos ciertas estadísticas para explicar las primas que cobramos.

¿Cómo más podemos usar o compartir tu información de salud?
Estamos autorizados o obligados a compartir tu información de otras maneras, normalmente de formas que contribuyan al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir muchas condiciones legales antes de poder compartir tu información para estos fines. Y en todos los casos, si tenemos registros de pacientes con trastornos por consumo de sustancias sobre ti, sujetos a la parte 2 del 42 CFR, no podemos usar ni compartir información en esos registros en investigaciones o procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos en tu contra sin (1) tu consentimiento o (2) una orden judicial y una citación.

Ayuda con cuestiones de salud pública y seguridad

Podemos compartir información sanitaria sobre ti para ciertas situaciones como:

- Prevención de enfermedades
- Ayuda con retiradas de productos
- Notificación de reacciones adversas a medicamentos
- Denunciar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o seguridad de cualquier persona

Haz investigación

Podemos utilizar o compartir tu información para la investigación en salud.

Cumplir con la ley

Compartiremos información sobre ti si las leyes estatales o federales lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quiere asegurarse de que cumplimos con la ley federal de privacidad.

Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un forense o un director funerario

- Podemos compartir información sanitaria sobre ti con organizaciones de adquisición de órganos.
- Podemos compartir información sanitaria con un forense, forense o director de funeraria cuando una persona fallece.

Atender solicitudes de compensación laboral, fuerzas del orden y otras solicitudes gubernamentales

Podemos utilizar o compartir información sanitaria sobre ti:

- Para reclamaciones de compensación laboral
- Para fines policiales o con un funcionario
- Con agencias de supervisión sanitaria para actividades autorizadas por la ley

- Para funciones gubernamentales especiales como el ejército, la seguridad nacional y los servicios de protección presidencial.

Responder a demandas y acciones legales

Podemos compartir información sanitaria sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación judicial.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES

- Por ley estamos obligados a mantener la privacidad y seguridad de tu información sanitaria protegida.
- Te informaremos de inmediato si ocurre una brecha que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de tu información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritos en este aviso y proporcionarle una copia.
- No utilizaremos ni compartiremos su información que no sea la descrita en este aviso a menos que nos indique por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que sí puedo, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háznos saber por escrito si cambia de opinión.

Para más información, véase: **www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.**

Cambios en los términos de este Aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a petición en nuestra página web, y le enviaremos una copia por correo.

DERECHOS ESPECIALES DE INSCRIPCIÓN HIPAA

Si rechazas la inscripción para ti o para tus dependientes (incluido tu cónyuge) debido a otra cobertura de seguro médico o plan de salud grupal, podrías inscribirte a ti mismo y a tus dependientes en este plan si tú o tus dependientes pierdes la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir a tu cobertura o a la de tus dependientes). Sin embargo, debes solicitar la inscripción dentro de los 31 días posteriores a que termine tu otra cobertura o la de tus dependientes (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).

Si tienes un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, es posible que puedas inscribirte a ti mismo y a tus dependientes. Sin embargo, debes solicitar la inscripción dentro de los 31 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Si tú o tu(s) dependiente(s) pierdes la cobertura bajo un Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP) o Medicaid estatal, es posible que puedas inscribirte a ti mismo y a tus dependientes. Sin embargo, debes solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la pérdida de la cobertura CHIP o Medicaid.

Si tú o tu(s) dependiente(s) llegaréis a ser elegibles para recibir ayuda de prima bajo un CHIP estatal o Medicaid, es posible que puedas inscribirte a ti mismo y a tus dependientes. Sin embargo, debes solicitar la inscripción en un plazo de 60 días desde la determinación de la elegibilidad para la asistencia de primas del CHIP estatal o Medicaid.

Para solicitar una inscripción especial o obtener más información, contacte con el administrador de su Seguro.

LEY DE DERECHOS DE LA MUJER Y EL CÁNCER (WHCRA)

Si te has sometido o vas a someterse a una mastectomía, puedes tener derecho a ciertos beneficios bajo la Ley de Derechos de la Mujer y el Cáncer de 1998 (WHCRA). Para las personas que reciban beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se proporcionará de la manera determinada en consulta con el médico responsable y el paciente, para:

- Todas las etapas de la reconstrucción de la mama en las que se realizó la mastectomía;

- Cirugía y reconstrucción del otro pecho para producir una apariencia simétrica;
- Prótesis; y
- Tratamiento de complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema.

Estos beneficios se ofrecerán sujetos a las mismas franquicias y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados bajo este plan.

Si desea más información, por favor contacte con su Departamento de Recursos Humanos o con el Administrador de su Plan.

LEY DE NO DISCRIMINACIÓN EN INFORMACIÓN GENÉTICA DE 2008

La Ley de No Discriminación por Información Genética de 2008 ("GINA") protege a los empleados contra la discriminación basada en su información genética. Salvo que se permita lo contrario, su empleador no podrá solicitar ni exigir ninguna información genética de usted ni de su familia.

La Ley de No Discriminación en Información Genética de 2008 (GINA) prohíbe a empleadores y otras entidades cubiertas por el Título II de GINA solicitar o exigir información genética de un individuo o familiar del individuo, salvo que esta ley lo permita específicamente. Para cumplir con esta ley, le pedimos que no proporcione ninguna información genética al responder a esta solicitud de información médica. "La información genética", según la definición de GINA, incluye el historial médico familiar de una persona, los resultados de las pruebas genéticas de un individuo o familiar, el hecho de que una persona o un familiar de un individuo solicitó o recibió servicios genéticos, y la información genética de un feto portado por una persona o un familiar de un individuo o de un embrión legalmente poseído por un individuo o familiar que recibe servicios reproductivos asistivos.

LEY DE PARIDAD EN SALUD MENTAL Y EQUIDAD EN ADICCIONES (MHPAEA)

La Ley de Paridad en Salud Mental y Equidad en Adicciones de 2008 exige generalmente que los planes de salud grupales y los emisores de seguros de salud aseguren que los requisitos financieros (como copagos y deducibles) y las limitaciones de tratamiento (como los límites anuales de visitas) aplicables a los beneficios por trastornos de salud mental o uso de sustancias no sean más restrictivos que los requisitos o limitaciones predominantes aplicados a prácticamente todos los beneficios médicos/quirúrgicos. Para información sobre los criterios para las determinaciones de necesidad médica tomadas bajo el plan respecto a los beneficios por salud mental o trastornos por consumo de sustancias, por favor contacte con el administrador de su Plan.

AVISO DE PROTECCIÓN AL PACIENTE

La mayoría de los planes de salud grupales permiten o requieren que elijas un proveedor de atención primaria (PCP). Tienes derecho a seleccionar a cualquier médico de cabecera que participe en la red del plan y esté disponible para cuidarte a ti o a tus familiares. Si el plan asigna automáticamente un médico de cabecera hasta que tomes tu decisión, el proveedor asignado actuará como tu médico de cabecera. Para ayuda para elegir un médico de cabecera o para una lista de proveedores de la red, contacta con el administrador de tu plan o el plan de salud.

Para niños: Puedes elegir a un pediatra como proveedor de atención primaria de tu hijo.

Para atención obstétrica o ginecológica: No necesitas autorización previa del plan ni de ninguna otra persona (incluido un médico de cabecera) para ver a un ginecólogo/obstetra de red. El profesional sanitario puede necesitar seguir ciertos procedimientos, como planes de tratamiento preaprobados o procesos de derivación. Para obtener una lista de ginecólogos participantes, contacta con el administrador de tu plan.

TUS DERECHOS Y PROTECCIONES FRENTE A FACTURAS MÉDICAS INESPERADAS

Cuando recibes atención de urgencia o eres atendido por un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, estás protegido contra facturaciones de saldo. En estos casos, no deberías cobrarte más que los copagos, coseguros y/o franquicia de tu plan.

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

Cuando acudes a un médico u otro proveedor sanitario, puedes tener que pagar ciertos gastos de bolsillo, como un copago, coaseguro o franquicia. Puedes tener costes adicionales o tener que pagar la factura completa si acudes a un proveedor o a un centro sanitario que no esté en la red de tu plan de salud.

"Fuera de la red" significa proveedores e instalaciones que no han firmado un contrato con tu plan de salud para prestar servicios. Los proveedores fuera de la red pueden poder cobrarte la diferencia entre lo que paga tu plan y la cantidad total cobrada por un servicio. Esto se llama "**facturación de saldo**". Esta cantidad probablemente sea superior a los costes dentro de la red para el mismo servicio y puede que no cuente para la franquicia o el límite anual de gastos de tu plan.

La "facturación sorpresa" es una factura de saldo inesperada. Esto puede ocurrir cuando no puedes controlar quién está involucrado en tu atención, como cuando tienes una emergencia o cuando programas una visita en un centro dentro de la red pero eres atendido inesperadamente por un proveedor fuera de la red. Las facturas médicas sorpresa pueden costar miles de dólares dependiendo del procedimiento o servicio.

Estás protegido contra la facturación de saldo para:

Servicios de emergencia

Si tienes una condición médica de emergencia y recibes servicios de emergencia de un proveedor o centro fuera de la red, lo máximo que pueden cobrarte es el importe compartido de costes dentro de la red de tu plan (como copagos, coseguros y franquicias). **No puedes** recibir facturas saldosas por estos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que puedas obtener una vez que estés en condición estable, a menos que des consentimiento por escrito y renuncies a tus protecciones para no ser facturado por saldo por estos servicios post-estabilización.
Si tienes una emergencia y recibes atención de un proveedor o centro fuera de la red, estás protegido contra la "facturación de saldo" según la ley federal. Esto significa que no se te puede cobrar más de tus cantidades habituales de costes compartidos dentro de la red (como copagos, coseguros o franquicias), incluso si el proveedor está fuera de la red. Estas protecciones también suelen aplicarse a los servicios que recibes una vez estabilizado, a menos que des consentimiento por escrito para renunciar a tus protecciones.

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

Cuando recibes servicios de un hospital dentro de la red o de un centro quirúrgico ambulatorio, ciertos proveedores pueden estar fuera de la red. En estos casos, lo máximo que esos proveedores pueden facturarte es la cantidad de costes compartidos dentro de la red de tu plan. Esto se aplica a medicina de urgencias, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, cirujano asistente, hospitalista o servicios intensivistas. Estos proveedores **no pueden** facturarte por saldo ni pueden pedirte que renuncies a tus protecciones para no ser facturado por repuesto.

Si se obtienen otros tipos de servicios en estas instalaciones dentro de la red, los proveedores fuera de la red **no pueden**
Haz tu deuda de equilibrio, a menos que des tu consentimiento por escrito y renuncies a tus protecciones.

Nunca estás _obligado a renunciar a tus protecciones frente a la facturación de saldo. Tampoco estás obligado a

recibir atención fuera de la red. Puedes elegir un proveedor o centro dentro de la red de tu plan.

Si recibes servicios no urgentes en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, también estás protegido de la facturación de saldo en muchas situaciones. Incluso si algunos proveedores implicados en tu atención están fuera de la red (como anestesiólogos, radiólogos o patólogos), generalmente no pueden cobrarte más que la cantidad de costes compartidos dentro de la red a menos que se te dé el aviso y consentimiento adecuados con antelación.

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

- Solo eres responsable de pagar tu parte del coste (como los copagos, el coseguro y la franquicia que pagarías si el proveedor o centro estuviera dentro de la red). Tu plan de salud pagará cualquier coste adicional directamente a proveedores y centros fuera de la red.
- Generalmente, tu plan de salud debe:
    - Cubre los servicios de emergencia sin requerir que obtengas la aprobación previa (también conocida como "autorización previa").
    - Cubre los servicios de emergencia de proveedores fuera de la red.
    - Basala lo que debes al proveedor o centro (coste compartido) en lo que pagaría a un proveedor o centro dentro de la red y muestra esa cantidad en tu explicación de beneficios.
    - Cuenta cualquier cantidad que pagues por servicios de emergencia o fuera de la red para tu franquicia dentro de la red y el límite de gastos de bolsillo.

Si crees que te han cobrado erróneamente, contacta con el Servicio de Ayuda Sin Sorpresas, gestionado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., en el 1-800-985-3059.

Visita **www.cms.gov/nosurprises/consumers** para más información sobre tus derechos bajo la ley federal.

Si procede, visita la página web de tu comunidad autónoma para obtener más información sobre tus derechos según las leyes estatales aplicables.

¿PREGUNTAS?

Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios para empleados o cualquier aviso contenido en este paquete, por favor contacte con el administrador de su Seguro.

Año del plan: 1/1/2027 – 31/12/2027
Empleador: Jaynes Corporation
Administrador de Planes: Recursos Humanos
Dirección: apartado postal 26841
Teléfono: 505-345-8591
Correo electrónico: HR@jaynescorp.com