

Avisos legales anuales para empleados de Young Life

Índice

Aviso importante en relación con su programa de medicamentos con receta de Medicare

Aviso de inscripción especial de la HIPAA

Aviso de disponibilidad de aviso de prácticas de privacidad

Aviso de la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer

Aviso de Ley de Protección de la Salud de Madres y Recién Nacidos

Protección de divulgación de información del paciente

Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)

Sus derechos y protecciones contra facturas médicas sorpresa

Aviso de prácticas de privacidad

Para obtener más información de contacto:

En este documento, se hace referencia a Young Life como el «patrocinador del plan».

Deborah Upton
Benefits Manager
420 North Cascade Ave. Colorado Springs CO 80903
719-381-1756

Para preguntas específicas sobre una factura médica sorpresa, comuníquese con:

UMR
169 Inverness Drive West, Suite 400 Englewood, CO 80112
877-239-4575
www.umar.com

Aviso importante sobre la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y Medicare

PPO/Non-PPO UMR Medical Benefits 90/70 Plan, PPO/Non-PPO UMR Medical Benefits 80/50 (HDHP) Plan

Lea detenidamente este aviso y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso tiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados con el patrocinador del plan y sobre sus opciones de cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarlo a decidir si desea o no adherirse a un plan de medicamentos de Medicare. Si considera adherirse, debe comparar su cobertura actual, incluidos qué medicamentos están cubiertos a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos con receta de Medicare en su área. La información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos con receta está al final de este aviso.

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

1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare estuvo disponible a partir de 2006 para todos los que tienen Medicare. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare o en un plan de Medicare Advantage (como un plan de organización para el mantenimiento de la salud [HMO] o de organización de proveedores preferidos [PPO]) que ofrece la cobertura de medicamentos con receta. Todos los planes de medicamentos de Medicare ofrecen al menos un nivel de cobertura estándar establecido por Medicare. Algunos planes también ofrecen más cobertura por una prima mensual más alta.
2. El patrocinador del plan ha determinado que la cobertura de medicamentos recetados del plan médico de la Compañía, en promedio para todos los participantes del plan, debe pagar el mismo monto que paga la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y, por lo tanto, se considera una cobertura acreditable. Como su cobertura actual es una cobertura acreditable, puede mantenerla y no pagar una prima más alta (una penalización) si más adelante decide adherirse a un plan de medicamentos de Medicare.

¿Cuándo puede adherirse a un plan de medicamentos de Medicare?

Puede adherirse a un plan de medicamentos de Medicare cuando sea elegible para Medicare y cada año del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Sin embargo, si pierde su actual cobertura acreditable de medicamentos con receta, por causas ajenas a su voluntad, también será elegible para un periodo de inscripción especial (SEP) de dos (2) meses para adherirse a un plan de medicamentos de Medicare.

¿Qué opciones tengo?

Si decide adherirse a un plan de medicamentos de Medicare, la cobertura del patrocinador del plan no se verá afectada.

Antes de decidir si debe inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, recomendamos comparar su cobertura actual, incluidos los medicamentos que están cubiertos y a qué costo, con la

cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su área.

Podría optar por:

1. Mantener la cobertura médica y de medicamentos con receta a través del patrocinador del plan y no inscribirse aún en un plan de medicamentos con receta de Medicare.

Esta opción está disponible para usted porque la cobertura de medicamentos con receta que se le ofrece como parte del paquete general de beneficios médicos proporcionados por el patrocinador del plan es «acreditable», lo que significa que, en promedio, es tan buena como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare.

2. Mantener la cobertura médica y de medicamentos con receta a través del patrocinador del plan y, además, inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare.

Con esta opción, usted pagará primas tanto por el plan de medicamentos con receta de Medicare que seleccione como por la cobertura médica y de medicamentos con receta a través del patrocinador del plan.

Seguirá recibiendo su cobertura médica y de medicamentos con receta a través del patrocinador del plan. Los beneficios (si los hay) que recibe por el plan de medicamentos con receta de Medicare que seleccione dependerán del costo y del tipo de medicamentos con receta que usted use, del beneficio cubierto del plan que elija y de la cobertura de medicamentos con receta que ofrezca el plan del patrocinador del plan. Si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare, debe notificar al patrocinador del plan para que los beneficios se puedan coordinar con los beneficios que recibe a través del plan de medicamentos recetados de Medicare.

3. Inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare y cancelar su cobertura médica y de medicamentos con receta a través del patrocinador del plan.

Con esta opción, usted tendrá una cobertura de medicamentos con receta solo a través del plan de medicamentos con receta de Medicare que haya seleccionado. Sin embargo, también abandonará TODA la cobertura médica que reciba a través del patrocinador del plan, no solo la cobertura de medicamentos con receta, y es posible que no pueda volver a inscribirse ni recuperar esta cobertura.

¿Cuándo tendrá que pagar una prima más alta (penalización) para adherirse a un plan de medicamentos de Medicare?

También debe saber que si cancela o pierde su cobertura actual con el patrocinador del plan y no se adhiere a un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días continuos después de que termine su cobertura actual, es posible que deba pagar una prima más alta (una penalización) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más tarde.

Si pasa 63 días continuos o más sin cobertura de medicamentos recetados acreditable, su prima mensual puede subir por lo menos un 1 % de la prima de beneficiario base de Medicare por cada mes que no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima puede ser sistemáticamente al menos un 19 % mayor que la prima de beneficiario base de Medicare. Es posible que tenga que pagar esta prima más alta (una multa) siempre y cuando tenga cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que tenga que esperar hasta el siguiente mes de octubre para adherirse.

Para obtener más información...

Sobre este aviso o sobre su cobertura de medicamentos con receta actual: Comuníquese con el patrocinador del plan. También la recibirá antes del próximo periodo en el que puede adherirse a un plan de medicamentos de Medicare y si cambia esta cobertura a través del patrocinador del plan. Además, puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Acerca de sus opciones de cobertura de medicamentos con receta de Medicare: En el manual «Medicare y usted» encontrará información detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos con receta. Cada año, Medicare le enviará por correo una copia del manual. También es posible que los planes de medicamentos de Medicare se comuniquen directamente con usted.

Sobre la cobertura de medicamentos con receta de Medicare:

- Visite www.medicare.gov.
- Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (consulte el número de teléfono en la contraportada de su manual «Medicare y Usted») para obtener ayuda personalizada.
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene ingresos y recursos limitados, puede obtener ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Para obtener información sobre esta Ayuda Adicional, visite el Seguro Social en Internet en www.socialsecurity.gov o llame al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Recuerde: Guarde este aviso de cobertura acreditable. Si decide adherirse a uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que deba presentar una copia de este aviso cuando lo haga para demostrar si ha mantenido o no la cobertura acreditable y, por lo tanto, si está obligado o no a pagar una prima más alta (una penalización).

Aviso de inscripción especial de la HIPAA

Luego de rechazar la cobertura

Si rechaza la inscripción para usted o para sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a que posee otra cobertura de seguro médico, odontológico u oftalmológico, es posible que pueda inscribirse o inscribir a sus dependientes en los planes del patrocinador del plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para la otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir a su otra cobertura o a la de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores a la finalización de su cobertura o la de sus dependientes (o una vez que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).

Ejemplo: Usted se encuentra exento de la cobertura de este plan porque estaba cubierto por un plan que ofrece el empleador de su cónyuge. Su cónyuge termina el empleo. Si notifica a su empleador dentro de los 30 días de la fecha de finalización de la cobertura, usted y sus dependientes elegibles pueden solicitar la cobertura de este plan.

Matrimonio, nacimiento o adopción

Si tiene un nuevo dependiente como resultado del matrimonio, de un nacimiento, de una adopción o solicitud de adopción, pueden inscribirse usted y sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días después del matrimonio, del nacimiento, de la adopción o solicitud de adopción.

Ejemplo: cuando lo contrataron, era soltero y decidió no elegir los beneficios del seguro de salud. Un año después, se casa. Usted y sus dependientes elegibles tienen derecho a inscribirse en este plan. Sin embargo, debe presentar la solicitud dentro de los 30 días a partir de la fecha del matrimonio.

Coordinación con Medicaid y CHIP

Si usted o sus dependientes están cubiertos por un plan estatal de Medicaid o CHIP, pueden inscribirse usted y sus dependientes si pierden la elegibilidad para la cobertura conforme a Medicaid o CHIP. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la finalización de la cobertura de Medicaid o CHIP. También puede solicitar la inscripción dentro de los 60 días de ser elegible para recibir asistencia estatal para primas de Medicaid o CHIP.

Ejemplo: cuando lo contrataron, sus hijos recibían cobertura de salud con CHIP y usted no los inscribió en este plan. Debido a los cambios en sus ingresos, sus hijos ya no son elegibles para la cobertura CHIP. Puede inscribirlos en este plan si lo solicita dentro de los 60 días posteriores a la fecha de pérdida de cobertura del CHIP.

Para obtener más información o asistencia

Para solicitar la inscripción especial u obtener más información, comuníquese con el patrocinador del plan. La información de contacto se encuentra en la portada de este paquete de aviso legal.

Aviso de disponibilidad de aviso de prácticas de privacidad

El patrocinador del plan mantiene un aviso de prácticas de privacidad en nombre de cualquier plan de salud autoasegurado que patrocine. Este aviso de prácticas de privacidad describe cómo se puede usar y divulgar su información médica, y cómo usted puede obtener acceso a esta información. Para obtener una copia de los avisos de prácticas de privacidad disponibles, use la información de contacto en la portada de este paquete de aviso.

Aviso de la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer

Si se ha realizado una mastectomía, o debe realizársela, es posible que tenga derecho a ciertos beneficios conforme a la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer (WHCRA) de 1998. En el caso de las personas que reciban beneficios relacionados con una mastectomía, se brindará cobertura de la forma establecida con la aprobación del médico tratante y el paciente, para los siguientes casos:

- todas las etapas de reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía
- cirugía y reconstrucción de la mama no afectada para dar una apariencia simétrica
- prótesis
- tratamiento de complicaciones físicas en la mastectomía, incluido el linfedema

Estos beneficios se brindarán sujetos a los mismos deducibles o coseguros que correspondan a otros beneficios médicos y quirúrgicos ofrecidos en virtud de este plan. Consulte su Guía de inscripción o el Resumen de beneficios y cobertura para obtener más información sobre los deducibles y los coseguros que se aplican según su plan. Si desea más información sobre los beneficios de la WHCRA, comuníquese con el patrocinador del plan.

Aviso de Ley de Protección de la Salud de Madres y Recién Nacidos

Conforme a la ley federal, los planes de salud del empleador y las entidades emisoras de seguros de salud que ofrecen cobertura de seguro médico grupal generalmente, en casos de parto, no pueden restringir los beneficios de duración de la estadía en el hospital a la madre o al recién nacido a menos de 48 horas, luego de un parto vaginal o a menos de 96 horas luego de un parto por cesárea. No obstante, el plan o la entidad emisora pueden pagar una estadía más corta si el proveedor tratante (por ejemplo, su médico, enfermero, partera o asistente del médico), luego de consultarlo con la madre, da el alta antes a la madre o al recién nacido.

Asimismo, conforme a la ley federal, los planes y las entidades emisoras no pueden establecer el nivel de beneficios o de los gastos de bolsillo de manera tal que la última parte de la estadía de 48 horas (o 96 horas) sea tratada de una manera menos favorable para la madre o el recién nacido que cualquier parte anterior de la estadía.

Además, un plan o entidad emisora no pueden, conforme a la ley federal, exigirle a un médico u otro proveedor de atención médica que obtenga autorización para prescribir una duración de la estadía de hasta 48 horas (o 96 horas). No obstante, para utilizar determinados proveedores o

instalaciones, o a fin de reducir sus gastos de bolsillo, es posible que usted deba obtener certificación previa. Para obtener información sobre la certificación previa, comuníquese con el patrocinador del plan.

Protección de divulgación de información del paciente

Designación del proveedor de atención primaria

Si su plan médico requiere o permite la designación de un proveedor de atención primaria, usted tiene derecho a designar a cualquier proveedor de atención primaria que participe en nuestra red, y que esté disponible para aceptarlo a usted o a sus familiares. Para sus hijos, puede designar a un pediatra como proveedor de atención primaria. Para obtener información sobre cómo seleccionar un proveedor de atención primaria y para obtener una lista de los proveedores de atención primaria participantes, comuníquese con el patrocinador del plan.

Acceso a atención obstétrica o ginecológica (OB/GYN)

No necesita presentar una autorización previa para recibir atención obstétrica o ginecológica por parte de un profesional de atención médica que pertenezca a nuestra red y que se especialice en obstetricia o ginecología. Sin embargo, es posible que el profesional de la salud deba cumplir con ciertos procedimientos, como obtener una autorización previa para algunos servicios, o seguir un plan de tratamiento aprobado con anterioridad o los procedimientos para realizar una derivación. Para obtener una lista de profesionales de atención médica participantes que se especialicen en obstetricia o ginecología, comuníquese con el patrocinador del plan.

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

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para cobertura médica de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia con las primas que puede ayudar a pagar por la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, usted no será elegible para estos programas de asistencia con las primas, pero es probable que pueda comprar cobertura de seguro individual a través del mercado de seguros médicos. Para obtener más información, visite www.cuidadodesalud.gov.

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

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

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

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

ALABAMA – Medicaid	ALASKA – Medicaid
Sitio web: http://myalhipp.com Teléfono: 1-855-692-5447	El Programa de Pago de AK primas del seguro médico Sitio web: http://myakhipp.com Teléfono: 1-866-251-4861 Por correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad de Medicaid: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx
ARKANSAS – Medicaid	CALIFORNIA – Medicaid
Sitio web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Sitio web: http://dhcs.ca.gov/hipp Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Por correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov

COLORADO – Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)	FLORIDA – Medicaid
Sitio web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/es Centro de atención al cliente de Health First Colorado: 1-800-221-3943/ retransmisor del estado: 711 CHP+: https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus Atención al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/retransmisor del estado: 711 Programa de compra de seguro de salud (HIBI, por sus siglas en inglés): https://www.mycohibi.com/ Atención al cliente de HIBI: 1-855-692-6442	Sitio web: https://www.flmedicaidtprecovery.com/flmedicaidtprecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268
GEORGIA – Medicaid	INDIANA – Medicaid
Sitio web de GA HIPP: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162, Presiona 1 Sitio web de GA CHIPRA: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Teléfono: 678-564-1162, Presiona 2	Programa de pago de primas de seguro de salud Todos los demás son Medicaid Sitio web: https://www.in.gov/medicaid/ https://www.in.gov/fssa/dfr Administración de familias y servicios sociales Teléfono: 1-800-403-0864 Teléfono de servicios para miembros: 1-800-457-4584
IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)	KANSAS – Medicaid
Sitio web de Medicaid: https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366 Sitio web de Hawki: https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/iowa-health-link/hawki Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563 Sitio web de HIPP: https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/fee-service/hipp Teléfono de HIPAA: 1-888-346-9562	Sitio web: https://www.kancare.ks.gov/ Teléfono: 1-800-792-4884 Teléfono de HIPP: 1-800-967-4660

KENTUCKY - Medicaid	LOUISIANA – Medicaid
Sitio web del Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP): https://www.chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Teléfono: 1-855-459-6328 Por correo electrónico: KIHIPP.PROGRAM@ky.gov Sitio web de KCHIP: https://kidshealth.ky.gov/es/Pages/default.aspx Teléfono: 1-877-524-4718 Sitio web de Medicaid de Kentucky: https://chfs.ky.gov/agencies/dms	Louisiana Medicaid Website: https://www.ldh.la.gov/healthy-louisiana Medicaid Customer Service Line: 1-888-342-6207 Louisiana Medicaid email: healthy@la.gov Louisiana Health Insurance Premium Program (LaHIPP) Website: https://www.ldh.la.gov/lahipp LaHIPP phone: 1-877-697-6703 LaHIPP email: La.HIPP@la.gov LaHIPP fax: 1-888-716-9787 LaHIPP mailing address: 100 Crescent Centre Parkway, Suite 1000 Tucker, GA 30084
MAINE – Medicaid	MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP
Sitio web por inscripción: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Maine relay 711 Página web por primos de seguro de salud privado: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-977-6740 TTY: Maine relay 711	Sitio web: https://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840 TTY: 711 Por correo electrónico: masspremassistance@accenture.com
MINNESOTA – Medicaid	MISSOURI – Medicaid
Sitio web: https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/ Teléfono: 1-800-657-3672	Sitio web: https://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005
MONTANA – Medicaid	NEBRASKA – Medicaid
Sitio web: https://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084 Por correo electrónico: HHSHIPPPProgram@mt.gov	Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178
NEVADA – Medicaid	NUEVO HAMPSHIRE – Medicaid
Sitio web de Medicaid: http://dhcfp.nv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900	Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Teléfono: 603-271-5218 Teléfono gratuito para el programa de HIPP: 1-800-852-3345, ext. 15218 Por correo electrónico: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov

NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP	NUEVA YORK – Medicaid
Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Teléfono: 1-800-356-1561 Teléfono de asistencia de prima de CHIP: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710 (TTY:711)	Sitio web: https://es.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831
CAROLINA DEL NORTE – Medicaid	DAKOTA DEL NORTE – Medicaid
Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov Teléfono: 919-855-4100	Sitio web: http://www.hhs.nd.gov/healthcare Teléfono: 1-844-854-4825

OKLAHOMA – Medicaid y CHIP	OREGON – Medicaid y CHIP
Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono – 1-888-365-3742	Sitio web: https://cuidadodesalud.oregon.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-800-699-9075
PENSILVANIA – Medicaid y CHIP	RHODE ISLAND– Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html Teléfono: 1-800-692-7462 Sitio web de CHIP: https://www.pa.gov/en/agencies/dhs/resources/chip.html Teléfono de CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)	Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 1-855-697-4347 o 401-462-0311 (Direct RIta Share Line)
CAROLINA DEL SUR – Medicaid	DAKOTA DEL SUR – Medicaid
Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820	Sitio web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059
TEXAS – Medicaid	UTAH– Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.hhs.texas.gov/es/servicios/asistencia-financiera/programa-de-pago-de-las-primas-del-seguro-medico Teléfono: 1-800-440-0493	Utah's Premium Partnership for Health Insurance (UPP) Sitio web: https://medicaid.utah.gov/upp/ Por correo electrónico: upp@utah.gov Teléfono: 1-888-222-2542 Sitio web de expansión para adultos: https://medicaid.utah.gov/expansion/ Sitio web de Programa de compra de Medicaid de Utah: https://medicaid.utah.gov/buyout-program/ Sitio web de CHIP: https://chip.utah.gov/espanol/

VERMONT – Medicaid	VIRGINIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: https://dvha.vermont.gov/members/Medicaid/hipp-program Teléfono: 1-800-250-8427	Sitio web: https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs Teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924
WASHINGTON – Medicaid	WEST VIRGINIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: http://www.hca.wa.gov Teléfono: 1-800-562-3022	Sitio web: https://dhhr.wv.gov/bms/ http://mywvhipp.com/ Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 Teléfono gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIP (1-855-699-8447)
WISCONSIN – Medicaid y CHIP	WYOMING – Medicaid
Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002	Sitio web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Teléfono: 1-800-251-1269

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

Departamento del Trabajo de EE.UU.
 Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados
www.dol.gov/agencies/ebsa/es/about-ebsa/our-activities/informacion-en-espanol
 1-866-444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.
 Centros para Servicios de Medicare y Medicaid
www.cms.hhs.gov
 1-877-267-2323, opción de menú 4, Ext. 61565

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites

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

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

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

Sus derechos y protecciones contra facturas médicas sorpresa

Cuando recibe atención de emergencia o recibe tratamiento de un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, está protegido de la facturación sorpresa o la facturación de saldos.

¿Qué es la «facturación de saldos» (a veces llamada «facturación sorpresa»)?

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

«Fuera de la red» describe a los proveedores y centros que no han firmado un contrato con su plan de salud. Es posible que a los proveedores fuera de la red se les permita facturar la diferencia entre lo que su plan acordó pagar y el monto total cobrado por un servicio. A esto se lo denomina **«facturación de saldos»**. Es probable que este monto sea mayor que los costos dentro de la red para el mismo servicio y es posible que no cuente para su límite anual de desembolso directo.

La «facturación sorpresa» es una factura de saldo inesperada. Esto puede suceder cuando no puede controlar quién participa en su atención, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una visita en un establecimiento dentro de la red pero inesperadamente es tratado por un proveedor fuera de la red.

Usted está protegido de la facturación de saldos para:

Servicios de emergencia

Si tiene una afección médica de emergencia y recibe servicios de emergencia de un proveedor o centro fuera de la red, lo máximo que el proveedor o centro puede facturarle es el monto de costos compartidos dentro de la red de su plan (como los copagos y el coseguro). **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 escrito y renuncie a sus protecciones para que no se le facture el saldo por estos servicios posteriores a la estabilización. En ciertas circunstancias, las leyes estatales que rigen las facturas sorpresa también pueden aplicarse (o pueden aplicarse en lugar de estas reglas). Para obtener más información, contáctese con el administrador de reclamos que aparece en la portada de este cuadernillo de aviso legal.

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

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

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

Según las reglas federales, nunca se le exige que renuncie a las protecciones de la facturación de saldos. Tampoco está obligado a recibir atención fuera de la red. Usted puede elegir un proveedor o centro que sea parte de la red de su plan.

En ciertas circunstancias, las leyes estatales que rigen las facturas sorpresa también pueden aplicarse (o pueden aplicarse en lugar de estas reglas). Para obtener más información, contáctese con el administrador de reclamos que aparece en la portada de este cuadernillo de aviso legal.

Cuando no se permite la facturación de saldos, también tiene las siguientes 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 el centro estuviera dentro de la red). Su plan de salud pagará directamente a los proveedores y centros fuera de la red.
- Generalmente, su plan de salud deberá:
 - cubrir los servicios de emergencia sin solicitarle la aprobación de los servicios por adelantado (autorización previa)
 - cubrir los servicios de emergencia brindados por proveedores fuera de la red
 - basar lo que usted le debe al proveedor o centro (costo compartido) en lo que pagaría a un centro o proveedor de la red y mostrar ese monto en su explicación de beneficios
 - contar todo monto que pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red para su deducible y para el límite de desembolso directo

Si cree que se le ha facturado incorrectamente, contáctese con el administrador de reclamos que aparece en la portada de este cuadernillo de aviso legal.

Aviso de prácticas de privacidad

EN ESTE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD SE DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA, Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO DETENIDAMENTE.

En este aviso de prácticas de privacidad (el «aviso») se describen las obligaciones legales de *PPO/Non-PPO UMR Medical Benefits 90/70 Plan*, *PPO/Non-PPO UMR Medical Benefits 80/50 (HDHP) Plan* (el «plan») y sus derechos legales con respecto a la información médica protegida que el Plan tiene sobre usted, según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) de 1996 y la Ley de Tecnología de la Información de Salud para la Salud Económica y Clínica (Ley HITECH). Entre otros aspectos, en este aviso se describe cómo se puede usar o divulgar su información médica protegida para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica, o para otros fines permitidos o requeridos por la ley.

Según lo dispuesto en la HIPAA, tenemos la obligación de proporcionarle este aviso de prácticas de privacidad.

La norma de privacidad de la HIPAA protege únicamente determinada información médica conocida como «información médica protegida». En general, la información médica protegida (PHI) es información médica, que incluye la información demográfica que usted aporta, crea o recibe de un proveedor de atención médica, de una cámara de compensación de atención médica, de un plan de salud o de su empleador en representación de un plan de salud grupal, a partir de la cual es posible identificarlo individualmente y en relación con lo siguiente:

- a. su afección o salud física o mental pasada, presente o futura
- b. la prestación de atención médica
- c. el pago pasado, presente o futuro por la prestación de atención médica

I. Información de contacto

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o sobre nuestras prácticas de privacidad, y por cualquier correspondencia o solicitudes relacionadas con el contenido de este aviso, comuníquese con *Deborah Upton, Benefits Manager, 719-381-1756*.

Fecha de entrada en vigencia

Este aviso entra en vigencia el *February 16, 2026*.

II. Nuestras responsabilidades

Estamos obligados por ley a lo siguiente:

- a. mantener la privacidad de su PHI
- b. ofrecer ciertos derechos con respecto a su PHI

- c. proporcionar una copia de este aviso, de nuestras tareas legales y prácticas de privacidad con respecto a su PHI
- d. seguir los términos del aviso que están actualmente en vigor

Nos reservamos el derecho de modificar los términos de este aviso y de establecer nuevas disposiciones con respecto a la PHI que tenemos de usted, según lo permita o requiera la ley. Si realizamos cambios sustanciales en este aviso, le proporcionaremos una copia de nuestro aviso de prácticas de privacidad modificado.

III. Cómo podemos usar y divulgar su PHI

Según la ley, podemos usar o divulgar su PHI en determinadas circunstancias sin su permiso. En las siguientes categorías se describen las diferentes formas en que podemos usar y divulgar su PHI. Por cada categoría de usos o divulgaciones, explicaremos a lo que nos referimos y presentaremos algunos ejemplos. No se enumerarán todos los usos o divulgaciones de una categoría. Sin embargo, todas las formas en que se nos permite usar y divulgar información se incluirán en una de las categorías. Tenga en cuenta que usaremos y divulgaremos la PHI según se describe a continuación, a menos que lo prohíba o restrinja la ley estatal u otra ley aplicable. Además, si un destinatario divulga la PHI nuevamente, puede perder su estado de protegida.

Para el tratamiento. Según corresponda, podemos usar o divulgar su información médica para facilitar el tratamiento médico o los servicios de los proveedores de atención médica. Podemos divulgar su información médica a los proveedores, que incluyen médicos, enfermeros, técnicos, estudiantes de medicina u otro personal del hospital que participe en la atención médica. Por ejemplo, es posible que divulguemos su información con los médicos que lo estén atendiendo.

Para el pago. Podemos usar o divulgar su información médica protegida para determinar su elegibilidad para los beneficios del plan, facilitar los pagos de tratamientos y servicios que reciba de los proveedores de atención médica, determinar la responsabilidad de beneficios según el plan o coordinar la cobertura del plan. Por ejemplo, es posible que le informemos a su proveedor de atención médica sobre sus antecedentes médicos para determinar si un tratamiento en particular es experimental, está en fase de investigación o es médicamente necesario, o para determinar si el plan cubrirá el tratamiento. También es posible que compartamos su información médica protegida con un proveedor de servicios de revisión de la utilización o de certificación previa. Del mismo modo, es posible que compartamos su información médica protegida con otra entidad para ayudar con la adjudicación o subrogación de reclamos médicos, o con otro plan de salud para coordinar los pagos de beneficios.

Para las operaciones de atención médica. Es posible que usemos y divulguemos su información médica protegida para otras operaciones del plan. Estos usos y divulgaciones son necesarios para ejecutar el plan. Por ejemplo, es posible que usemos la información médica para realizar actividades de evaluación y mejora de la calidad; la suscripción, la calificación de las primas y otras actividades relacionadas con la cobertura del plan; la presentación de reclamos para la cobertura de pérdida limitada (o exceso de pérdida); la realización u organización de la revisión médica, los servicios legales, los servicios de auditoría y los programas de detección de fraude y abuso; la planificación y el desarrollo de establecimientos comerciales, como la gestión de costos; y la dirección de establecimientos comerciales y las actividades administrativas generales del plan. Sin embargo, no usaremos su información genética para fines de suscripción.

Información sobre el tratamiento del trastorno por uso de sustancias (SUD). Es posible que parte de su información médica se incluya en el historial de pacientes con SUD y esté sujeta a protecciones adicionales según la ley federal (título 42 del Código de Regulaciones Federales [CFR], parte 2) que rige la confidencialidad de los historiales de pacientes con SUD.

En caso de recibir o conservar información sobre usted de un programa de tratamiento de SUD que esté cubierto por el título 42 del CFR, parte 2 (un «programa de la parte 2») a través de un consentimiento general que usted proporcione al programa de la parte 2 para usar y divulgar el historial de pacientes con SUD para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, es posible que usemos y divulguemos su historial de paciente con SUD para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica como se describe en este aviso. En caso de recibir o conservar su historial de paciente con SUD a través del consentimiento específico que nos proporcione a nosotros o a un tercero, usaremos y divulgaremos su historial de paciente con SUD solo según usted lo permita expresamente en el consentimiento que nos haya proporcionado. No usaremos ni divulgaremos su historial de paciente con SUD o testimonios que describan la información que se incluye en este, ante ningún procedimiento civil, penal, administrativo o legislativo iniciado por las autoridades federales, estatales o locales en su contra, a menos que esté autorizado por su consentimiento o por orden del tribunal previamente notificada.

Para los asociados comerciales. Es posible que contratemos a personas naturales o jurídicas conocidas como asociados comerciales para que realicen diversas funciones en nuestro nombre o proporcionen determinados tipos de servicios. Para realizar estas funciones o proporcionar estos servicios, los asociados comerciales recibirán, crearán, conservarán, transmitirán, usarán o divulgarán su PHI, pero solo después de haber acordado por escrito con nosotros la implementación de las salvaguardias adecuadas con respecto a su PHI. Por ejemplo, es posible que divulguemos su PHI a un asociado comercial para procesar sus reclamos de beneficios del plan o para proporcionar servicios de apoyo, como la gestión de utilización, la gestión de los beneficios de farmacia o la subrogación, pero solo después de que el asociado comercial firme un contrato de asociación comercial con nosotros.

Alternativas de tratamiento o beneficios y servicios relacionados con la salud. Es posible que usemos y divulguemos su información médica protegida para enviarle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan interesarle.

Según lo exija la ley. Divulgaremos su PHI cuando se exija por la ley federal, estatal o local. Por ejemplo, es posible que divulguemos su PHI cuando lo exijan las leyes de seguridad nacional o las leyes de divulgación de salud pública.

Para evitar una amenaza grave para la salud o seguridad. Es posible que usemos y divulguemos su PHI cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave para su salud y seguridad, o para la salud y seguridad de otras personas. Sin embargo, las divulgaciones se harán solo a quien sea capaz de ayudar a prevenir la amenaza. Por ejemplo, es posible que divulguemos su PHI en un procedimiento relacionado con la licencia de un médico.

Para los patrocinadores del plan. Con el fin de administrar el plan, es posible que divulguemos la PHI a determinados empleados del empleador. Sin embargo, esos empleados únicamente usarán o divulgarán la información según sea necesario para realizar funciones de administración del plan o según lo exija la HIPAA, a menos que usted haya autorizado divulgaciones adicionales. Su PHI no se puede usar con propósitos de empleo sin su autorización específica.

IV. Situaciones especiales

Además de lo mencionado anteriormente, las siguientes categorías describen otras formas posibles en las que podemos usar y divulgar su PHI sin su autorización específica. Para cada categoría de usos o divulgaciones, explicaremos a lo que nos referimos y presentaremos algunos ejemplos. No se enumerarán todos los usos o divulgaciones de una categoría. Sin embargo, todas las formas en que se nos permite usar y divulgar información se incluirán en una de las categorías.

Donación de órganos y tejidos. Si usted es donante de órganos, es posible que divulguemos su PHI después de su fallecimiento a organizaciones que se encargan de la obtención de órganos o del trasplante de órganos, ojos o tejidos, o a bancos de donación de órganos, según sea necesario para facilitar la donación y el trasplante de órganos o tejidos.

Situación militar. Si usted es miembro de las Fuerzas Armadas, es posible que divulguemos su PHI según lo exijan las autoridades de mando militar. También es posible que divulguemos su PHI sobre el personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera correspondiente.

Indemnización de trabajadores. Es posible que divulguemos su PHI para la indemnización de trabajadores o programas similares, únicamente según lo autoricen, y en la medida que sea necesario para su cumplimiento, las leyes relacionadas con la indemnización de trabajadores y programas similares que proporcionen beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Riesgos para la salud pública. Es posible que divulguemos su PHI para actividades de salud pública. Por lo general, estas actividades incluyen lo siguiente:

- a. Prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades.
- b. Informar nacimientos y muertes.
- c. Informar abusos o negligencia infantil.
- d. Informar reacciones a medicaciones o problemas con productos.
- e. Notificar a las personas sobre productos retirados del mercado que puedan utilizar.
- f. Notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad, o que pueda estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección.
- g. Notificar a la autoridad gubernamental correspondiente si consideramos que un paciente fue víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solo haremos esta divulgación si usted está de acuerdo o cuando lo exija o autorice la ley.

Actividades de supervisión de la salud. Es posible que divulguemos su PHI a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno pueda monitorear el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y para cumplir con las leyes de derechos civiles.

Demandas civiles y disputas. Si usted está involucrado en una demanda civil o en una disputa, es posible que divulguemos su PHI en respuesta a una orden del tribunal o administrativa. También es posible que divulguemos su PHI en respuesta a una citación, solicitud de presentación de pruebas u otro proceso legal por parte de una persona involucrada en una disputa legal, únicamente si se hizo todo lo posible

para informarle sobre la solicitud o para obtener una orden del tribunal o administrativa que proteja la información solicitada.

Aplicación de la ley. Es posible que divulguemos su PHI si lo solicita un agente del orden público.

- a. para dar respuesta a una orden del tribunal, citación o proceso similar
- b. para identificar o localizar a un sospechoso, un fugitivo, un testigo esencial o una persona desaparecida
- c. para efectuar una acción sobre la víctima de un delito si, en determinadas y limitadas circunstancias, no podemos obtener el consentimiento de la víctima
- d. para efectuar una acción sobre un fallecimiento que consideramos que puede ser el resultado de una conducta criminal
- e. para efectuar una acción relacionada con conductas criminales

Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias. Es posible que divulguemos su PHI a un médico forense o examinador médico. Se puede necesitar, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa del fallecimiento. También es posible que divulguemos la información médica protegida de los pacientes a los directores de funerarias para que puedan completar las tareas, según sea necesario.

Actividades de inteligencia y seguridad nacional. Es posible que divulguemos su PHI a funcionarios federales autorizados para realizar actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

Reclusos. Si usted es un recluso en un centro penitenciario o está bajo la custodia de un agente del orden público, es posible que divulguemos su PHI al centro penitenciario o al agente del orden público si es necesario (1) para que el centro le proporcione atención médica; (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otras personas; o (3) para la seguridad del centro penitenciario.

Investigación. Es posible que divulguemos su PHI a investigadores en las siguiente situaciones:

- a. Cuando se hayan eliminado los identificadores individuales.
- b. Cuando una junta de revisión institucional o de privacidad haya revisado la propuesta de investigación y los protocolos establecidos para garantizar la privacidad de la información solicitada, y se apruebe la investigación.

V. Divulgaciones necesarias

A continuación se describe la información que tenemos la obligación de divulgar sobre su PHI.

Auditorías gubernamentales. Tenemos la obligación de divulgar su PHI a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos cuando la Secretaría investigue o determine nuestro cumplimiento con la norma de privacidad de la HIPAA.

Divulgaciones proporcionadas a usted. Cuando lo solicite, tenemos la obligación de divulgarle la parte de su PHI que contiene registros médicos y de facturación, así como otros registros utilizados para tomar decisiones con respecto a sus beneficios de atención médica. También tenemos la obligación, cuando lo solicite, de proporcionarle un registro de la mayoría de las divulgaciones de su PHI si la divulgación se hizo por razones distintas al pago, el tratamiento o las operaciones de atención médica, y si la PHI no se divulgó con su autorización específica.

VI. Otras divulgaciones

Representantes personales. Divulgaremos su PHI a personas que usted autorice o a una persona designada como su representante personal, apoderado, etc., siempre y cuando nos proporcione un aviso o una autorización por escrito y documentos acreditativos (es decir, poder notarial). Nota: De acuerdo con la norma de privacidad de la HIPAA, no tenemos la obligación de divulgar información a representantes personales si tenemos razones para creer lo siguiente:

- a. que usted fue o puede ser víctima de violencia doméstica, abuso o negligencia por parte de esa persona
- b. que tratar a esa persona como su representante personal podría ponerlo en peligro
- c. que según el criterio profesional, no le convenga tratar a esa persona como su representante personal

Cónyuges y otros familiares. Salvo pocas excepciones, enviaremos el correo postal al empleado. Esto incluye todos los correos postales relacionados con el cónyuge del empleado y otros familiares que estén cubiertos en el plan, los correos postales con información acerca del uso de los beneficios del plan por el cónyuge del empleado y otros familiares, e información sobre la denegación de cualquier beneficio del plan al cónyuge y otros familiares del empleado. Si una persona cubierta por el plan solicita restricciones o comunicaciones confidenciales (consulte la sección «Sus derechos» a continuación) y aceptamos la solicitud, enviaremos el correo postal tal como lo indica la solicitud de restricciones o comunicaciones confidenciales.

Autorizaciones. Otros usos o divulgaciones de su PHI no descritos anteriormente solo se realizarán con su autorización por escrito. Por ejemplo, en general y sujeto a condiciones específicas, no usaremos ni divulgaremos sus notas psiquiátricas; no usaremos ni divulgaremos su PHI con fines de marketing; y no venderemos su PHI, a menos que nos proporcione una autorización por escrito. Usted puede revocar las autorizaciones escritas en cualquier momento, siempre y cuando la revocación sea por escrito. Una vez que recibamos su revocación por escrito, solo será efectiva para usos y divulgaciones futuros. No será efectiva para información que pueda haber sido usada o divulgada conforme a la autorización por escrito y antes de recibir su revocación por escrito.

VII. Sus derechos

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su PHI:

Derecho de inspección y copia. Usted tiene derecho a inspeccionar y copiar determinada PHI que pueda usarse para tomar decisiones sobre los beneficios del plan. Si la información que solicita se conserva electrónicamente y solicita una copia electrónica, le proporcionaremos una copia en la forma y el formato electrónicos que solicite, siempre que la información puede producirse con facilidad en ese formato; si la información no puede producirse con facilidad, llegaremos a un acuerdo con usted sobre la forma y el

formato. Si no podemos llegar a un acuerdo sobre la forma y el formato electrónicos, le proporcionaremos una copia impresa.

Para inspeccionar y copiar su PHI, debe presentar la solicitud por escrito. Si solicita una copia de la información, es posible que le cobremos una tarifa razonable por los costos de la copia, el envío de la carta u otros suministros relacionados con la solicitud.

Es posible que deneguemos la solicitud de inspección y copia en determinadas circunstancias muy limitadas. Si se le deniega el acceso a su información médica, puede solicitar que se revise la denegación mediante la presentación de una solicitud por escrito.

Derecho a una modificación. Si considera que la PHI que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede pedirnos que la modifiquemos. Usted tiene derecho a solicitar una modificación mientras la información sea conservada por el plan o en su nombre.

Para solicitar una modificación, debe presentar la solicitud por escrito. Además, debe proporcionar un motivo que justifique su solicitud.

Es posible que deneguemos la solicitud de una modificación si no está por escrito o no incluye un motivo para su justificación. Además, podemos denegar la solicitud si nos pide que modifiquemos el siguiente tipo de información:

- a. No es parte de la información médica conservada por o para el plan.
- b. No fue creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que la creó ya no esté disponible para realizar la modificación.
- c. No es parte de la información que se le permitiría inspeccionar y copiar.
- d. Ya es precisa y completa.

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

Derecho a un registro de divulgaciones. Usted tiene derecho a solicitar un «registro» de determinadas divulgaciones de su PHI. El registro no incluirá (1) divulgaciones con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica; (2) divulgaciones realizadas a usted; (3) divulgaciones realizadas con su autorización; (4) divulgaciones realizadas a amigos o familiares en su presencia o debido a una emergencia; (5) divulgaciones con fines de seguridad nacional; y (6) divulgaciones accidentales que, de otro modo, serían permitidas.

Para solicitar esta lista o registro de divulgaciones, debe presentar la solicitud por escrito. La solicitud debe indicar el periodo de tiempo que desea que cubra el registro, que no puede ser superior a seis años antes de la fecha de la solicitud. La solicitud debe indicar de qué forma desea la lista (por ejemplo, en papel o en formato electrónico). Le proporcionaremos la primera lista que solicite en un periodo de 12 meses de manera gratuita. Para listas adicionales, podemos cobrarle los costos que conlleva proporcionársela. Le notificaremos el costo involucrado y usted puede optar por cancelar o modificar su solicitud en ese momento, antes de contraer los costos.

Derecho a solicitar restricciones. Usted tiene derecho a solicitar una restricción o limitación del uso o la divulgación de su PHI para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También tiene derecho a solicitar una limitación de la divulgación de su PHI a personas involucradas en su atención o en el pago de esta, como un familiar o un amigo. Por ejemplo, puede solicitar que no usemos ni divulguemos información sobre una cirugía que tuvo.

Salvo lo dispuesto en el párrafo siguiente, no tenemos la obligación de aceptar la solicitud. No obstante, si aceptamos la solicitud, respetaremos la restricción hasta que usted la revoque o nosotros le notifiquemos.

Cumpliremos con toda solicitud de restricción si (1) a menos que la ley exija lo contrario, la divulgación se realiza a un plan de salud con el fin de llevar a cabo operaciones de pago o atención médica (y no con el fin de llevar a cabo un tratamiento); y (2) la PHI se refiere únicamente a un artículo o servicio de atención médica por el que usted u otra persona hayan pagado en su totalidad al proveedor de atención médica involucrado.

Para solicitar restricciones, debe realizar la solicitud por escrito. En la solicitud, debe indicarnos (1) qué información desea limitar; (2) si desea limitar nuestro uso, divulgación o ambos; y (3) a quién desea que se apliquen las limitaciones, por ejemplo, las divulgaciones a su cónyuge.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales. Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted respecto a asuntos médicos de cierta manera o en una ubicación determinada. Por ejemplo, puede solicitar que solo nos comuniquemos con usted en el trabajo o por correo postal.

Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe realizar la solicitud por escrito. No le preguntaremos el motivo de la solicitud. La solicitud debe especificar cómo o dónde desea que nos comuniquemos con usted. Nos adaptaremos a todas las solicitudes razonables.

Derecho a ser notificado de una violación. Usted tiene derecho a ser notificado en caso de que nosotros (o un asociado comercial) descubramos una violación de la seguridad de la PHI.

Derecho a una copia impresa de este aviso. Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso. Puede pedirnos que le proporcionemos una copia de este aviso en cualquier momento. Incluso si aceptó recibir este aviso electrónicamente, tiene el derecho a recibir una copia impresa.

IX. Quejas

Si considera que se violaron sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante el plan o la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Para presentar una queja ante el plan, comuníquese con la persona que figura en la sección «Información de contacto» de este aviso. Todas las quejas deben presentarse por escrito.

No se le penalizará ni se tomarán represalias en su contra por presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles o nosotros.