

Season Service Select, DTE's Paquete de Aviso Anual

Para el año del plan 2025

Estimado Empleado Valioso,

Se adjunta un paquete de avisos y divulgaciones requeridos por la ley federal.

Encierros:

- ☐ Aviso de Derechos de Inscripción Especial de HIPAA
- ☐ Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA
- ☐ Aviso General de Derechos de Continuación de COBRA

Si tiene alguna pregunta sobre el contenido de los avisos, comuníquese con nosotros al 321-222-3106.

Aviso de Derechos de Inscripción Especial de HIPAA

Si rechaza la inscripción en Season Service Select, la cobertura de salud grupal DTE para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a otro seguro de salud o cobertura de plan de salud grupal, es posible que pueda inscribirse a sí mismo y a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa 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 que finalice su otra cobertura o la de sus dependientes (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).

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

Por último, usted y/o sus dependientes pueden tener derechos especiales de inscripción si se pierde la cobertura de Medicaid o de un programa de seguro de salud estatal ("CHIP"), o cuando usted y/o sus dependientes son elegibles para recibir asistencia estatal para las primas. Tiene 60 días a partir de la ocurrencia de uno de estos eventos para notificar a la compañía e inscribirse en el plan.

Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, comuníquese con Gemma K. Naiken , Directora de Recursos Humanos al 321-222-3106.

Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

Season Service Select, DTE patrocina ciertos planes de salud grupales (colectivamente, el "Plan" o "Nosotros") para brindar beneficios a nuestros empleados, sus dependientes y otros participantes. Proporcionamos esta cobertura a través de diversas relaciones con terceros que establecen redes de proveedores, coordinan su atención y procesan las reclamaciones de reembolso por los servicios que recibe. Este Aviso de Prácticas de Privacidad (el "Aviso") describe las obligaciones legales de Season Service Select, DTE, el Plan y sus derechos legales con respecto a su información de salud protegida en poder del Plan bajo HIPAA. Entre otras cosas, este Aviso describe cómo se puede usar o divulgar su información médica protegida para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o atención médica, o para cualquier otro propósito que esté permitido o requerido por la ley.

Estamos obligados a proporcionarle este Aviso de conformidad con la HIPAA. La Regla de Privacidad de HIPAA protege solo cierta información médica conocida como "información de salud protegida". Por lo general, la información de salud protegida es información de salud de identificación individual, incluida la información demográfica, recopilada de usted o creada o recibida por un proveedor de atención médica, un centro de intercambio de información de atención médica, un plan de salud o su empleador en nombre de un plan de salud grupal, que se relaciona con:

- (1) su salud o condición física o mental pasada, presente o futura;
- (2) la prestación de atención médica a usted; o

(3) el pago pasado, presente o futuro por la prestación de atención médica a usted.

Nota: Si está cubierto por uno o más planes de salud grupales totalmente asegurados ofrecidos por Season Service Select, DTE, recibirá un aviso por separado sobre la disponibilidad de un aviso de prácticas de privacidad aplicables a esa cobertura y cómo obtener una copia del aviso directamente de la compañía de seguros.

Información de contacto

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso o sobre nuestras prácticas de privacidad, comuníquese con Season Service Select, DTE HIPAA Privacy Officer o Gemma K. Naiken, Directora de Recursos Humanos:

Season Service Select, DTE
Atención: Oficial de privacidad de HIPAA
500 Winderley Place Maitland Florida, 32751

Fecha de entrada en vigor

Este Aviso, en su versión revisada, entra en vigor en marzo de 2025.

Nuestras responsabilidades

Estamos obligados por ley a:

- mantener la privacidad de su información médica protegida;
- proporcionarle ciertos derechos con respecto a su información médica protegida;
- proporcionarle una copia de este Aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica protegida; y
- seguir los términos del Aviso que está en vigor.

Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este Aviso y de hacer nuevas disposiciones con respecto a su información de salud protegida que mantenemos, según lo permita o exija la ley. Si realizamos algún cambio sustancial en este Aviso, le proporcionaremos una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad revisado. También puede obtener una copia del último Aviso revisado poniéndose en contacto con nuestro Oficial de Privacidad a través de la información de contacto proporcionada anteriormente. A excepción de lo dispuesto en este Aviso, no podemos divulgar su información médica protegida sin su autorización previa.

Cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida

Según la ley, podemos usar o divulgar su información médica protegida bajo ciertas circunstancias sin su permiso. Las siguientes categorías describen las diferentes maneras en que podemos usar y divulgar su información médica protegida. Para cada categoría de usos o divulgaciones, explicaremos lo que queremos decir 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 médica protegida caerán dentro de una de las categorías.

Para el tratamiento

Podemos usar o divulgar su información médica protegida para facilitar el tratamiento médico o los servicios de los proveedores. Podemos divulgar información médica sobre usted a proveedores, incluidos médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina u otro personal del hospital que esté involucrado en su atención. Por ejemplo, podríamos divulgar información sobre sus recetas anteriores a un farmacéutico para determinar si una receta pendiente es inapropiada o peligrosa para su uso.

Para el pago

Podemos usar o divulgar su información médica protegida para determinar su elegibilidad para los beneficios del Plan, para facilitar el pago del tratamiento y los servicios que recibe de los proveedores de atención médica, para determinar la responsabilidad de los beneficios bajo el Plan o para coordinar la cobertura del Plan. Por ejemplo, podemos informarle a su proveedor de atención médica sobre su historial médico para determinar si un tratamiento en particular es experimental, de investigación o médicamente necesario, o para determinar si el Plan cubrirá el tratamiento. También podemos compartir su información de salud protegida con un proveedor de servicios de revisión de utilización o precertificación. Del mismo modo, podemos compartir su información de salud protegida con otra entidad para ayudar con la adjudicación o subrogación de reclamaciones de salud o con otro plan de salud para coordinar los pagos de beneficios.

Para operaciones de atención médica

Podemos usar y divulgar su información médica protegida para otras operaciones del Plan. Estos usos y divulgaciones son necesarios para el funcionamiento del Plan. Por ejemplo, podemos utilizar la información médica en relación con la realización de actividades de evaluación y mejora de la calidad; suscripción, calificación de primas y otras actividades relacionadas con la cobertura del Plan; presentar reclamaciones de cobertura de stop-loss (o sobre-pérdida); llevar a cabo o organizar revisiones médicas, servicios legales, servicios de auditoría y programas de detección de fraudes y abusos; planificación y desarrollo empresarial, como la gestión de costes; y la gestión empresarial y las actividades administrativas del Plan General. El Plan tiene prohibido usar o divulgar información de salud protegida que sea información genética sobre un individuo con fines de suscripción.

A los Socios Comerciales

Podemos contratar a personas o entidades conocidas como Socios Comerciales para realizar diversas funciones en nuestro nombre o para proporcionar ciertos tipos de servicios. Con el fin de realizar estas funciones o proporcionar estos servicios, los Socios Comerciales recibirán, crearán, mantendrán, usarán y/o divulgarán su información de salud protegida, pero solo después de que acuerden por escrito con nosotros implementar las salvaguardas apropiadas con respecto a su información de salud protegida. Por ejemplo, podemos divulgar su información de salud protegida a un Socio Comercial para administrar reclamaciones o proporcionar servicios de apoyo, como administración de utilización, administración de beneficios de farmacia o subrogación, pero solo después de que el Socio Comercial celebre un Acuerdo de Socio Comercial con nosotros.

Según lo exija la ley

Divulgaremos su información médica protegida cuando así lo exija la ley federal, estatal o local. Por ejemplo, podemos divulgar su información médica protegida cuando así lo exijan las leyes de seguridad nacional o las leyes de divulgación de salud pública.

Para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad

Podemos usar y divulgar su información médica protegida cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad, o a la salud y seguridad del público o de otra persona. Cualquier divulgación, sin embargo, solo sería a alguien capaz de ayudar a prevenir la amenaza. Por ejemplo, podemos divulgar su información médica protegida en un procedimiento relacionado con la licencia de un médico.

A los patrocinadores del plan

Con el fin de administrar el Plan, podemos divulgar a ciertos empleados del Empleador información médica protegida. Sin embargo, esos empleados solo usarán o divulgarán esa información según sea necesario para realizar las funciones de administración del Plan o según lo requiera la HIPAA, a menos que usted haya autorizado divulgaciones adicionales. Su información médica protegida no puede ser utilizada para fines de empleo sin su autorización específica.

Situaciones Especiales

Además de lo anterior, las siguientes categorías describen otras posibles formas en que podemos usar y divulgar su información médica protegida. Para cada categoría de usos o divulgaciones, explicaremos a qué 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 entrarán dentro de una de las categorías.

Donación de órganos y tejidos

Si usted es un donante de órganos, podemos divulgar su información médica protegida a organizaciones que manejan la obtención de órganos o el trasplante de órganos, ojos o tejidos, o a un banco de donación de órganos, según sea necesario para facilitar la donación y el trasplante de órganos o tejidos.

Militares y Veteranos

Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar su información médica protegida según lo requieran las autoridades del comando militar. También podemos divulgar información médica protegida sobre personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera correspondiente.

Compensación de Trabajadores

Es posible que divulguemos su información médica protegida para programas de compensación laboral o programas similares. Estos programas brindan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Riesgos para la salud pública

Podemos divulgar su información médica protegida para acciones de salud pública. Estas acciones generalmente incluyen lo siguiente:

- para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
- para notificar nacimientos y defunciones;
- para denunciar el abuso o la negligencia infantil;
- para informar reacciones a medicamentos o problemas con productos;
- para notificar a las personas sobre retiros del mercado de productos que puedan estar usando;
- para notificar a una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad o que puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección;
- para notificar a la autoridad gubernamental correspondiente si creemos que un paciente ha sido 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

Podemos divulgar su información médica protegida 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 supervise el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

Demandas y disputas

Si usted está involucrado en una demanda o una disputa, podemos divulgar su información médica protegida en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar su información médica protegida en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal por parte de otra persona involucrada en la disputa, pero solo si se han hecho esfuerzos para informarle sobre la solicitud o para obtener una orden que proteja la información solicitada.

Aplicación de la ley

Podemos divulgar su información médica protegida si así lo solicita un funcionario encargado de hacer cumplir la ley:

- en respuesta a una orden judicial, citación, orden judicial, citación o proceso similar;
- para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida;
- sobre la víctima de un delito si, bajo ciertas circunstancias limitadas, no podemos obtener el consentimiento de la víctima;
- sobre una muerte que creemos que puede ser el resultado de una conducta criminal;
- Sobre la conducta delictiva; y
- en circunstancias de emergencia para denunciar un delito; la ubicación del delito o de las víctimas; o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el delito.

Médicos Forenses, Médicos Forenses y Directores de Funerarias

Podemos divulgar información médica protegida a un médico forense o médico forense. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. También podemos divulgar información médica sobre los pacientes a los directores de funerarias según sea necesario para llevar a cabo sus funciones.

Actividades de Seguridad Nacional e Inteligencia

Podemos divulgar su información médica protegida a funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

Internos

Si usted es un recluso de una institución correccional o está bajo la custodia de un oficial de la ley, podemos divulgar su información de salud protegida a la institución correccional o al oficial de la ley si es necesario (1) para que la institución le brinde atención médica; (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros; o (3) para la seguridad de la institución correccional.

Estudios

Podemos divulgar su información médica protegida a los investigadores cuando::

- (1) Se han eliminado los identificadores individuales; o

- (2) Cuando una junta de revisión institucional o una junta de privacidad (a) haya revisado la propuesta de investigación; y (b) estableció protocolos para garantizar la privacidad de la información solicitada, y aprobó la investigación.

Divulgaciones requeridas

La siguiente es una descripción de las divulgaciones de su información médica protegida que estamos obligados a hacer.

Auditorías Gubernamentales

Estamos obligados a divulgar su información médica protegida al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos cuando el Secretario está investigando o determinando nuestro cumplimiento con la regla de privacidad de HIPAA.

Divulgaciones a usted

Cuando usted lo solicita, estamos obligados a divulgarle la parte de su información de salud protegida que contiene registros médicos, registros de facturación y cualquier otro registro utilizado para tomar decisiones con respecto a sus beneficios de atención médica. También estamos obligados, cuando se nos solicite, a proporcionarle un informe de la mayoría de las divulgaciones de su información médica protegida si la divulgación fue por razones distintas al pago, tratamiento u operaciones de atención médica, y si la información médica protegida no se divulgó de conformidad con su autorización individual.

Notificación de una violación

Estamos obligados a notificarle en caso de que nosotros (o uno de nuestros socios comerciales) descubramos una violación de su información médica protegida no segura, según lo definido por HIPAA.

Otras divulgaciones

Representantes Personales

Divulgaremos su información médica protegida a las personas autorizadas por usted, o a una persona designada como su representante personal, apoderado, etc., siempre y cuando nos proporcione una notificación/autorización por escrito y cualquier documento de respaldo (es decir, poder notarial). Nota: Según la regla de privacidad de HIPAA, no tenemos que divulgar información a un representante personal si tenemos una creencia razonable de que:

- (1) Ha sido, o puede ser, objeto de violencia doméstica, abuso o negligencia por parte de dicha persona;
- (2) Tratar a dicha persona como su representante personal podría ponerlo en peligro; o
- (3) En el ejercicio o juicio profesional, no es en su mejor interés tratar a la persona como su representante personal.

Cónyuges y otros miembros de la familia

Con solo excepciones limitadas, enviaremos todo el correo al empleado. Esto incluye el correo relacionado con el cónyuge del empleado y otros miembros de la familia que están cubiertos por el Plan, e incluye correo con información sobre el uso de los beneficios del Plan por parte del cónyuge del empleado y otros miembros de la familia e información sobre la denegación de cualquier beneficio del Plan al cónyuge del empleado y otros miembros de la familia. Si una persona cubierta por el Plan ha solicitado Restricciones o Comunicaciones Confidenciales (consulte a continuación en "Sus Derechos"), y si hemos aceptado la solicitud, le enviaremos correo según lo dispuesto en la solicitud de Restricciones o Comunicaciones Confidenciales.

Autorizaciones

Otros usos o divulgaciones de su información médica protegida no descritos anteriormente, incluido el uso y la divulgación de notas de psicoterapia y el uso o divulgación de información médica protegida para fines de recaudación de fondos o marketing, no se realizarán sin su autorización por escrito. Puede revocar la autorización por escrito en cualquier momento, siempre y cuando la revocación se haga por escrito. Una vez que recibamos su revocación por escrito, solo será efectiva para usos y divulgaciones futuros. No será efectivo para ninguna información que pueda haber sido utilizada o divulgada en base a la autorización por escrito y antes de recibir su revocación por escrito. Puede optar por no recibir nuestras comunicaciones de recaudación de fondos en cualquier momento.

Sus derechos

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información médica protegida:

Derecho a inspeccionar y copiar

Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar cierta información de salud protegida que puede ser utilizada para tomar decisiones sobre sus beneficios de atención médica. Para inspeccionar y copiar su información médica protegida, envíe su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad a la dirección proporcionada anteriormente en Información de contacto. Si solicita una copia de la información, podemos cobrar una tarifa razonable por los costos de copia, envío por correo u otros suministros asociados con su solicitud. Podemos denegar su solicitud de inspeccionar y copiar en ciertas circunstancias muy limitadas. Si se le niega el acceso a su información médica, es posible que tenga derecho a solicitar que se revise la denegación y se le proporcionarán detalles sobre cómo hacerlo.

Derecho de enmienda

Si cree que la información médica protegida que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede pedirnos que modifiquemos la información. Usted tiene derecho a solicitar una enmienda durante el tiempo que la información sea conservada por o para el Plan. Para solicitar una enmienda, su solicitud debe hacerse por escrito y enviarse al Oficial de Privacidad a la dirección proporcionada anteriormente en Información de contacto. Además, debe proporcionar una razón que respalde su solicitud. Podemos denegar su solicitud de enmienda si no está por escrito o no incluye una razón para respaldar la solicitud. Además, podemos denegar su solicitud si nos pide que modifiquemos información que:

- no es parte de la información médica mantenida por o para el Plan;
- no fue creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para realizar la modificación;
- no es parte de la información que se le permitiría inspeccionar y copiar; o
- ya es preciso y completo.

Si denegamos su solicitud, 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 Inventario de las Divulgaciones

Usted tiene el derecho de solicitar un "informe" de ciertas divulgaciones de su información médica protegida. La contabilidad no incluirá (1) divulgaciones con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica; (2) las divulgaciones que se le hacen; (3) divulgaciones realizadas de conformidad con su autorización; (4) divulgaciones hechas a amigos o familiares en su presencia o

debido a una emergencia; (5) divulgaciones con fines de seguridad nacional; y (6) divulgaciones incidentales a divulgaciones que de otro modo estarían permitidas.

Para solicitar esta lista o informe de divulgaciones, debe enviar su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad a la dirección proporcionada anteriormente en Información de contacto. Su solicitud debe indicar un período de tiempo de no más de seis años (tres años para los registros de salud electrónicos) o el período en que ABC Company ha estado sujeta a las reglas de privacidad de HIPAA, si es más corto.

Su solicitud debe indicar en qué forma desea que se publique la lista (por ejemplo, en papel o electrónica). Intentaremos proporcionar la contabilidad en el formato que solicitó o en otro formato mutuamente aceptable si el formato solicitado no es razonablemente factible. La primera lista que solicite dentro de un período de 12 meses se le proporcionará de forma gratuita. En el caso de listas adicionales, es posible que le cobremos los costos de proporcionar la lista. Le notificaremos el costo involucrado y usted puede optar por retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de que se incurra en ningún costo.

Derecho a solicitar restricciones

Usted tiene derecho a solicitar una restricción o limitación de su información médica protegida que usamos o divulgamos para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También tiene derecho a solicitar un límite en su información médica protegida que divulguemos a alguien que esté involucrado en su atención o en el pago de su atención, como un familiar o amigo. Por ejemplo, podría solicitar que no usemos ni divulguemos información sobre una cirugía a la que se sometió.

No estamos obligados a aceptar su solicitud. Sin embargo, si estamos de acuerdo con la solicitud, respetaremos la restricción hasta que la revoque o se lo notifiquemos. Para solicitar restricciones, debe hacer su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad a la dirección proporcionada anteriormente en Información de contacto. En su solicitud, debe decirnos (1) qué información desea limitar; (2) si desea limitar nuestro uso, divulgación o ambos; y (3) a quién desea que se apliquen los límites, por ejemplo, divulgaciones a su cónyuge.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales

Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de cierta manera o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede solicitar que solo nos comuniquemos con usted en el trabajo o por correo. Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe hacer su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad a la dirección proporcionada anteriormente en Información de contacto. No le preguntaremos el motivo de su solicitud. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea que nos comuniquemos con usted. Atenderemos todas las solicitudes razonables si proporciona claramente información de que la divulgación de toda o parte de su información protegida podría ponerlo en peligro.

Derecho a recibir una copia impresa de este aviso

Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso. Puede pedirnos que le entreguemos una copia de este aviso en cualquier momento. Incluso si ha aceptado recibir este aviso electrónicamente, aún tiene derecho a una copia impresa de este aviso. Para obtener una copia impresa de este aviso, llame por teléfono o escriba al Oficial de Privacidad como se indica anteriormente en Información de contacto.

Para obtener más información, consulte [Sus derechos en virtud de la HIPAA](#).

Quejas

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante el Plan o ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Puede 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/complaint-process/index.html> .

Para presentar una queja ante el Plan, llame por teléfono al Oficial de Privacidad como se indica anteriormente en Información de contacto. No se le penalizará, ni se tomarán represalias de ninguna otra manera, por presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles o ante nosotros. Debe guardar una copia de cualquier aviso que envíe al Administrador del Plan o al Oficial de Privacidad para sus registros.

Modelo de Aviso General de Derechos de Continuación de Cobertura de COBRA

**** Derechos de Continuación de Cobertura Bajo COBRA ****

Introducción

Recibe este aviso porque recientemente obtuvo cobertura bajo un plan de salud grupal (el Plan). Este aviso contiene información importante sobre su derecho a la continuación de la cobertura de COBRA, que es una extensión temporal de la cobertura del Plan. **Este aviso explica la continuación de la cobertura de COBRA, cuándo puede estar disponible para usted y su familia, y lo que debe hacer para proteger su derecho a obtenerla.** Cuando se vuelve elegible para COBRA, también puede ser elegible para otras opciones de cobertura que pueden costar menos que la continuación de la cobertura de COBRA.

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

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

¿Qué es la continuación de la cobertura de COBRA?

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

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

- Sus horas de trabajo se reducen, o
- Su empleo termina por cualquier motivo que no sea su mala conducta grave.

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

- Your spouse dies;

- Muere su cónyuge;
- El empleo de su cónyuge termina por cualquier razón que no sea su mala conducta grave;
- Su cónyuge tiene derecho a los beneficios de Medicare (bajo la Parte A, la Parte B o ambas); o
- Usted se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge.

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

- Fallece el padre-empleado;
- Se reducen las horas de trabajo de los padres-empleados;
- El empleo del padre-empleado termina por cualquier razón que no sea su mala conducta grave;
- El padre-empleado tiene derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas);
- Los padres se divorcian o se separan legalmente; o
- El hijo deja de ser elegible para la cobertura del Plan como un "hijo dependiente".

When is COBRA continuation coverage available?

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

- El fin del empleo o la reducción de las horas de trabajo;
- Fallecimiento del trabajador;
- O
- El hecho de que el empleado tenga derecho a los beneficios de Medicare (bajo la Parte A, la Parte B o ambas).

Para todos los demás eventos que califican (divorcio o separación legal del empleado y el cónyuge o que un hijo dependiente pierde la elegibilidad para la cobertura como hijo dependiente), debe notificar al Administrador del Plan dentro de los 60 días posteriores a que ocurra el evento calificado. Usted debe proporcionar este aviso a: Gemma K. Naiken Director de Recursos Humanos.

How is COBRA continuation coverage provided?

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

La continuación de la cobertura de COBRA es una continuación temporal de la cobertura que generalmente dura 18 meses debido a la terminación del empleo o la reducción de las horas de

trabajo. Ciertos eventos que califican, o un segundo evento que califica durante el período inicial de cobertura, pueden permitir que un beneficiario reciba un máximo de 36 meses de cobertura.

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

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

Si el Seguro Social determina que usted o alguien de su familia cubierto por el Plan está discapacitado y notifica al Administrador del Plan de manera oportuna, usted y toda su familia pueden tener derecho a obtener hasta 11 meses adicionales de continuación de la cobertura de COBRA, por un máximo de 29 meses. La discapacidad tendría que haber comenzado en algún momento antes del día 60 de la continuación de la cobertura de COBRA y debe durar al menos hasta el final del período de 18 meses de la continuación de la cobertura de COBRA. Usted debe proporcionar una copia del aviso del Seguro Social con respecto a su determinación de incapacidad dentro de los 60 días posteriores a la fecha del aviso para recibir la extensión adicional.

Extensión del período de continuación de 18 meses para el segundo evento calificado

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

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

Sí. En lugar de inscribirse en la continuación de la cobertura de COBRA, puede haber otras opciones de cobertura para usted y su familia a través del Mercado de Seguros Médicos, Medicare, Medicaid, el [Programa de Seguro Médico para Niños \(CHIP\)](#) u otras opciones de cobertura de planes de salud grupales (como el plan de un cónyuge) a través de lo que se llama un "período de inscripción especial". Algunas de estas opciones pueden costar menos que la continuación de la cobertura de COBRA. Puede obtener más información sobre muchas de estas opciones en www.healthcare.gov.

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

En general, si no se inscribe en la Parte A o B de Medicare cuando es elegible por primera vez porque todavía tiene empleo, después del período de inscripción inicial de Medicare, tiene un

período de inscripción especial de 8 meses¹ para inscribirse en la Parte A o B de Medicare, comenzando la primera de las siguientes fechas.:

- El mes después de que termine su empleo; o
- El mes después de que finalice la cobertura del plan de salud grupal basado en el empleo actual.

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

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

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

Si tiene preguntas

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

Mantenga su Plan informado de los cambios de dirección

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

Información de contacto del plan

Gemma K. Naiken , 500 Winderley Place Maitland Florida, 32751, 321-222-3106

¹ <https://www.medicare.gov/basics/get-started-with-medicare/sign-up/when-does-medicare-coverage-start>. Estas reglas son diferentes para las personas con enfermedad renal en etapa terminal (ESRD).