



# Avisos Federales

(ANUAL)

Este paquete contiene los avisos federales necesarios para todos los empleados que son elegible para inscribirse en nuestro programa de beneficios para empleados. Lea atentamente y mantenga en un lugar Seguro.

- Aviso de derechos especiales de inscripción de HIPAA
- Aviso de divulgación de Parte D de Medicare
- Aviso sobre la Ley de Derechos de la Mujer y el Cáncer de la Mujer
- Aviso de la Ley de Protección de la Salud de los Recién Nacidos y las Madres
- Recordatorio de las Prácticas de Privacidad de HIPAA
- Asistencia Premium bajo Medicaid y el Programa de seguro médico para niños (CHIP)
- Aviso sobre el Programa de Bienestar

Si tiene preguntas sobre los avisos, comuníquese con el representante del plan de salud de nuestra compañía:

**Nombre:** Masons of California.

**Dirección:** 34400 Mission Blvd, Union City, CA, 94587

**Teléfono:** 510-471-3434

## Aviso de Derechos Especiales de Inscripción de HIPAA

**Pérdida de otra Cobertura:** si ha rechazado o va a rechazar la inscripción para usted y / o sus dependientes debido a otra cobertura vigente del plan de salud, es posible que pueda inscribirse usted mismo y / o sus dependientes en este plan en el futuro. Si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura, o si el empleador deja de contribuir a la cobertura de otro plan de salud grupal, puede crear a un derecho especial de inscripción.

Debe solicitar la inscripción en este plan **dentro de los 30 días** después de la finalización de la otra cobertura. Necesitará un comprobante de cobertura anterior, y una carta de terminación de cobertura de la compañía de seguros o del empleador.

**Nuevo Dependiente:** Si tiene un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, es posible que pueda inscribirse usted y / o sus dependientes. Esto desencadena un derecho de inscripción especial. Sin embargo, debe solicitar la inscripción **dentro de los 30 días** después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción. Se le pedirá que presente un comprobante de un dependiente recientemente elegible, como un certificado de matrimonio o certificado de nacimiento.

**Terminación de la Cobertura de Medicaid o CHIP:** Si usted y / o sus dependientes están cubiertos por un plan de Medicaid o un plan estatal de seguro de salud infantil (CHIP), y la cobertura de dicho plan se cancela como resultado de la pérdida de elegibilidad, es posible que pueda inscribirse usted y / o sus dependientes en este plan, ya que puede desencadenar un derecho especial de inscripción.

Para ser elegible para esta oportunidad de inscripción especial, debe solicitar cobertura bajo el plan de salud grupal **dentro de los 60 días** después de la fecha en que se finaliza la cobertura de Medicaid o de CHIP patrocinada por el estado.

**Elegibilidad para Asistencia Premium bajo Medicaid o CHIP:** Si usted y / o sus dependientes se vuelven elegibles para asistencia con la prima según Medicaid o un CHIP estatal, incluso bajo cualquier exención o proyecto de demostración realizado bajo o en relación con dicho plan, usted puede inscribirse y / o sus dependientes en este plan, ya que puede desencadenar un derecho especial de inscripción. Por lo general, este es un programa en el que el estado proporciona a las personas empleadas asistencia con el pago de primas para el plan de salud grupal de su empleador, en lugar de la inscripción directa en un programa estatal de Medicaid.

Para ser elegible para esta oportunidad de inscripción especial, debe solicitar cobertura bajo el plan de salud grupal **dentro de los 60 días** después de la fecha en que usted y / o sus dependientes sean elegibles para asistencia con el pago según Medicaid o un CHIP estatal.

**Guarde este aviso en un lugar seguro junto con los demás materiales de su plan de salud.**

## **Aviso de divulgación de Parte D de Medicare**

### **Aviso importante sobre su cobertura de medicamentos recetados con Medicare**

Lea este aviso atentamente y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre la cobertura de medicamentos recetados del plan de salud grupal de nuestra compañía y la cobertura de medicamentos recetados disponible para personas con Medicare. También explica las opciones que tiene bajo la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y puede ayudarlo a decidir si desea inscribirse o no. Al final de este aviso, encontrará información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados.

**El plan de salud grupal de nuestra compañía, en un promedio para todos los participantes del plan, se espera que paguen tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare, y se considera "cobertura acreditable".**

**Debido a que nuestro plan se considera cobertura acreditable, puede inscribirse y / o permanecer inscrito en nuestro plan y no pagar una prima más alta (una multa) si luego decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.**

La cobertura de medicamentos recetados de Medicare estuvo disponible en 2006 para todas las personas que tienen Medicare. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare. Todos los planes de medicamentos recetados de Medicare brindan al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.

Las personas (empleados y sus dependientes) pueden inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare cuyo sean elegibles para Medicare por primera vez, y cada año desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre, el Período de inscripción abierta anual de Medicare, con cobertura efectiva el 1 de enero. Las personas que dejan un plan de salud grupal durante otros periodos del año pueden ser elegibles para un período de inscripción especial para inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare.

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare y deja la cobertura de medicamentos recetados del plan de salud grupal de su empleador, tenga en cuenta que es posible que no pueda recuperar esta cobertura. Para obtener más información sobre lo que puede suceder con su cobertura si se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare, lea abajo.

También debe saber que si cancela o pierde su cobertura con el plan de salud grupal de su empleador y no se inscribe en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare dentro de los 63 días después de la finalización de su cobertura actual, puede pagar más (una multa) para inscribirse en Medicare cobertura de medicamentos recetados después.

Si espera 63 días o más sin cobertura de medicamentos recetados que es al menos tan buena como la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, su pago mensual puede subir hasta al menos 1% mensual por cada mes que no tiene cobertura. Por ejemplo, si vas a diecinueve meses sin cobertura, su pago puede ser siempre al menos un 19% más alto que la premium regular. Usted tendrá que pagar este pago más alto (una multa), siempre y cuando usted tiene cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, usted puede tener que esperar hasta el siguiente período de inscripción abierto de Medicare para inscribirse.

Información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados está disponible en el manual "Medicare y usted". Usted recibirá una copia del manual en el correo de Medicare cada año. Usted también puede ser contactado directamente por planes de medicamentos recetados de Medicare. También puede obtener más información acerca de planes de medicamentos recetados de Medicare en estos lugares:

- Visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)
- Llame a su programa de asistencia de seguro de salud de estado (vea su copia del manual "Medicare y usted" para el número de teléfono) para atención personalizada
- Llame al **(800) 633-4227**. Los usuarios de TTY deben llamar al **(877) 486-2048**

Para personas con bajos ingresos y recursos, ayuda adicional para pagar un plan de medicamentos recetados de Medicare está disponible. Información sobre esta ayuda adicional está disponible de la administración del Seguro Social (SSA). Para obtener más información acerca de esta ayuda adicional, visite SSA en línea en [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov), o llame al 772-1213 **(800)**; TTY **(800) 325-0778**.

**Recuerde: Mantenga este aviso. Si se inscribe en uno de los planes aprobados por Medicare que ofrece cobertura de medicamentos recetados, puede ser necesario proporcionar una copia de este aviso para mostrar que han mantenido cobertura acreditable y no están obligados a pagar más luna multa (una pena LTY).**

Última actualización: 01 de abril de 2011 (actual 01 de octubre de 2018)

### **Aviso sobre la Ley de Derechos de la Mujer y el Cáncer de la Mujer**

Esta ley exige que los planes de salud grupales que brindan cobertura para las mastectomías también cubran la cirugía reconstructiva y las prótesis después de las mastectomías. Nos complace informarle que su cobertura médica cumple con esta ley.

Como lo exige la Ley, le hemos proporcionado esta carta para informarle sobre las disposiciones de la ley. La ley exige que un miembro que reciba beneficios por una mastectomía necesaria desde el punto de vista médico que elija la reconstrucción mastectomía después de la mastectomía, también reciba cobertura para:

- Reconstrucción del seno en el que se realizó la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción del otro pecho para producir una apariencia simétrica;
- Prótesis; y
- Tratamiento de las complicaciones físicas de todas las etapas de la mastectomía, incluido la linfedema

Esta cobertura se proporcionará en consulta con el médico tratante y el paciente, y estará sujeta a las mismas disposiciones anuales de deducibles y coaseguros aplicables a la mastectomía.

Si tiene alguna pregunta sobre nuestra cobertura de mastectomías y cirugía reconstructiva, comuníquese con el número de Servicios para Miembros que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación médica.

### **Aviso de la Ley de Protección de la Salud de los Recién Nacidos y las Madres**

Los planes de salud grupales y los emisores de seguro de salud generalmente no pueden, según la ley federal, restringir los beneficios por hospitalización en relación con el parto de la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal o menos de 96 horas después de un parto de cesárea.

Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe que el proveedor que atiende a la madre o el recién nacido, después de consultar con la madre, dé de alta a la madre o al recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda).

En cualquier caso, los planes y las aseguradoras pueden no exigir que un proveedor obtenga la autorización del plan o del asegurador para prescribir un período de estadía no superior a 48 horas (o 96 horas).

### **Recordatorio de las Prácticas de Privacidad de HIPAA**

Masons of California quisiera comunicar la disponibilidad de su Aviso de Prácticas de Privacidad. En cualquier momento, se puede obtener una copia de la Notificación de prácticas de privacidad HR a 510-471-3434