

DIVULGACIONES

En las siguientes páginas se describen las divulgaciones del plan y la información adicional, incluyendo sus derechos.

Cada plan se rige por un documento oficial de descripción resumida del plan (SPD). Si hay algún conflicto entre esta guía de beneficios y el documento oficial de la SPD, el documento SPD del plan es la autoridad final. Como afiliado, su compañía de salud o su empleador le proporcionarán su SPD real bajo una cobertura separada. Consulte la SPD para obtener más información.

PARTE D DE MEDICARE

Aviso Importante Sobre su Cobertura de Medicamentos Recetados y Medicare

Lea este aviso atentamente y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados y sus opciones en virtud de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarlo a decidir si desea inscribirse o no en un plan de medicamentos de Medicare. Si está pensando en inscribirse, debe 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 la 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 recetados se encuentra 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 comenzó a estar disponible en 2006 para todas las personas con Medicare. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare o si se une a un plan Medicare Advantage (como un HMO o un PPO) que ofrece cobertura para medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare ofrecen al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura a cambio de una prima mensual más alta.
2. En promedio, se espera que la cobertura de medicamentos recetados ofrecida por su plan médico, en promedio para todos los participantes del plan, pague lo mismo que paga la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare y, por lo tanto, se considera una cobertura acreditable. Dado que su cobertura actual es una cobertura acreditable, puede conservar esta cobertura y no pagar una prima más alta (una multa) si más adelante decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare.

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

- Puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare cuando sea elegible para Medicare por primera vez y cada año del 15 de octubre al 7 de diciembre.
- Sin embargo, si pierde su cobertura de medicamentos recetados acreditable actual, por causas ajenas a su voluntad, también tendrá derecho a un período de inscripción especial (SEP) de dos (2) meses para unirse a un plan de medicamentos de Medicare.

Para más información sobre sus opciones de cobertura de medicamentos recetados de Medicare

- Encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos con receta en el manual "Medicare y Usted". Medicare le enviará una copia del manual por correo todos los años. Los planes de medicamentos de Medicare también pueden contactarlo directamente.

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

- Visite www.medicare.gov
- Llame al Programa Estatal de Asistencia al Seguro Médico (consulte su número de teléfono en la parte interior de la contraportada de su copia del 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, hay ayuda adicional disponible para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite el sitio web del Seguro Social en www.socialsecurity.gov o llámenos al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

SECCIÓN 125

PERÍODO DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL

En determinadas circunstancias, es posible que se le permita realizar cambios en sus elecciones de beneficios durante el año del plan, como adiciones, eliminaciones y cancelaciones, según si experimenta o no un hecho condicionante para cumplir con los requisitos, según lo determine la Sección 125 del Código del Servicio de Impuestos Internos (IRS). Puede cambiar su elección de beneficios cuando se produzca un hecho válido condicionante solo si el hecho afecta su elegibilidad para la cobertura, la de su cónyuge o la de su dependiente (incluidas las parejas de hecho).

Si experimenta un evento condicionante, debe reportarlo al Departamento de Recursos Humanos dentro de los 30 días posteriores al evento. Transcurridos los 30 días, se denegarán las adiciones y eliminaciones, y usted podrá ser responsable, tanto legal como financieramente, de cualquier reclamación o gasto en el que incurra como resultado de que cualquier dependiente que siga inscrito ya no cumpla con los requisitos de elegibilidad de la entidad.

Si se aprueban, la mayoría de los cambios electorales entrarán en vigor en la fecha del evento que dé lugar a las adiciones; las cancelaciones se procesarán al final del mes.

Las deducciones de nómina para las primas de seguro médico, dental y oftalmológico, y ciertas primas de seguro complementario de accidentes se deducen de su ingreso bruto antes de gravar sus ingresos. El plan de la entidad se conoce como Plan de beneficios “cafetería” y se rige por la Sección 125 del Código del IRS. Este beneficio antes de impuestos significa que paga menos impuestos por pago y por año.

Consulte los ejemplos de acontecimiento vital que reúna los requisitos que califican para conocer los cambios de inscripción permitidos, según lo determinado en la Sección 125 del Código del IRS en el sitio web [Healthcare.gov](https://www.healthcare.gov).

EVENTOS QUE REÚNEN LOS REQUISITOS:

- Cambio de estado (por ejemplo, estado civil legal del empleado, número de dependientes, situación laboral, cambio de elegibilidad como dependiente, cambio de residencia o procedimiento de adopción)
- Cambios significativos en los costos
- Recorte significativo de la cobertura
- Cambio en la cobertura del plan de otro empleador
- Adición o mejora significativa de la opción de paquete de beneficios
- Licencias de conformidad con la FMLA
- Pérdida de la cobertura de salud grupal patrocinada por una institución gubernamental o educativa
- Eventos condicionantes para COBRA
- Eventos de inscripción especial de HIPAA
- Sentencia, decreto u orden judicial, como una orden médica calificada para la manutención de los hijos (QMCSO)
- Inscripción a Medicare o Medicaid

AVISO DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL DE HIPAA

Este aviso se proporciona para garantizar que comprende su derecho a solicitar una cobertura de seguro médico grupal. Debe leer este aviso incluso si planea renunciar a la cobertura en este momento.

PÉRDIDA DE OTRA COBERTURA

Si rechaza la cobertura para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a la cobertura de otro seguro médico o plan de salud grupal, es posible que pueda inscribirse usted y sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden los requisitos 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 la finalización de su otra cobertura o la de sus dependientes (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).

Ejemplo: usted renunció a la cobertura porque estaba cubierto por un plan ofrecido por el empleador de su cónyuge. Su cónyuge rescinde su empleo. Si notifica a su empleador dentro de los 30 días de la fecha en que finaliza la cobertura, usted y sus dependientes elegibles pueden solicitar la cobertura de nuestro plan de salud.

MATRIMONIO, NACIMIENTO O ADOPCIÓN

Si tiene un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción, tal vez puedan inscribirse usted y sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, al nacimiento o a la colocación en adopción.

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

MEDICAID O CHIP

Si usted o sus dependientes pierden los requisitos para la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) o pasan a ser elegibles para recibir un subsidio de asistencia para las primas en virtud de Medicaid o CHIP, es posible que puedan inscribirse usted y sus dependientes. Debe solicitar la inscripción en un plazo de 60 días a partir de la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP o de la determinación de su elegibilidad para recibir un subsidio de asistencia para las primas.

Ejemplo: Cuando lo contratamos, sus hijos recibieron la cobertura de salud de CHIP y usted no los inscribió en nuestro plan de salud. Debido a los cambios en sus ingresos, sus hijos ya no son elegibles para la cobertura de CHIP. Puede inscribirlos en este plan de salud grupal si presenta la solicitud dentro de los 60 días de la fecha en que perdieron la cobertura de CHIP.

Más información o asistencia

Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, póngase en contacto con su departamento de Recursos Humanos.

NMHPA | WHCRA

LEY DE PROTECCIÓN DE LA SALUD DEL RECIÉN NACIDO Y LA MADRE

Los planes de salud colectivos y los emisores de seguros de salud generalmente no pueden, de acuerdo con la ley federal, restringir los beneficios de estancia hospitalaria en relación con el parto para la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe que el proveedor que atiende a la madre o al recién nacido, después de consultar con la madre, dé el alta a la madre o al recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, los Planes y los emisores no pueden, según la ley federal, exigir que un proveedor obtenga autorización del Plan o del emisor del seguro para prescribir una duración de la estancia que no exceda las 48 horas (o 96 horas).

Aviso de inscripción en la LEY DE DERECHOS SOBRE LA SALUD Y EL CÁNCER DE LA MUJER

Si se sometió o se va a someter a una mastectomía, es posible que tenga derecho a ciertos beneficios en virtud de la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998 (WHCRA). Para las personas que reciban los beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se proporcionará de la manera que se determine en consulta con el médico tratante y la paciente, para:

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

Cirugía y reconstrucción de la otra mama para dar una apariencia simétrica

Prótesis y tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema

Estos beneficios se proporcionarán sujetos a los mismos deducibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos que se ofrecen en virtud de este plan. Por lo tanto, se aplican los deducibles y coseguros de sus plan(es). Consulte los documentos de su plan para obtener más detalles.

Si desea obtener más información sobre los beneficios de la WHCRA, llame al administrador de su plan.

Aviso anual de la LEY DE DERECHOS SOBRE LA SALUD Y EL CÁNCER DE LA MUJER

¿Sabía que su plan, tal como exige la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998, ofrece beneficios para los servicios relacionados con la mastectomía, incluidas todas las etapas de la reconstrucción y la cirugía para lograr la simetría entre las mamas, las prótesis y las complicaciones derivadas de una mastectomía, incluido el linfedema? Comuníquese con el administrador del plan para obtener más información.

ASISTENCIA PREMIUM BAJO MEDICAID/CHIP

ASISTENCIA CON PRIMAS EN VIRTUD DE MEDICAID Y EL PROGRAMA DE SEGURO MÉDICO PARA NIÑOS (CHIP)

Si usted o sus hijos reúnen los requisitos para recibir Medicaid o CHIP y cumplen con los requisitos para recibir la cobertura médica de su empleador, es posible que su estado tenga un programa de asistencia para las primas que pueda ayudar a pagar la cobertura, utilizando fondos de sus programas de Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no serán elegibles para estos programas de asistencia con las primas, pero es posible que puedan comprar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información, visite www.healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y viven en uno de los estados que figuran a continuación, póngase en contacto con la oficina estatal de Medicaid o CHIP para averiguar si hay asistencia para las primas disponible.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP y cree que usted o alguno de sus dependientes podría reunir los requisitos para alguno de estos programas, póngase en contacto con la oficina estatal de Medicaid o CHIP, o llame al 1-877-KIDS NOW o visite www.insurekidsnow.gov para obtener información sobre cómo presentar la solicitud. Si reúne los requisitos, pregunte a su estado si cuenta con un programa que pueda ayudarlo a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir asistencia para las primas en virtud de Medicaid o CHIP, así como en el plan de su empleador, su empleador debe permitirles inscribirse en el plan de su empleador si aún no están inscritos. Esto se denomina oportunidad de "inscripción especial" y debe solicitar la cobertura en un plazo de 60 días a partir de la fecha en que se determine que reúne los requisitos para recibir asistencia con las primas. Si tiene preguntas sobre la inscripción en el plan de su empleador, póngase en contacto con el Departamento de Trabajo en www.askebsa.dol.gov o llame al 1-866-444-EBSA (3272).

Si vive en uno de los estados participantes, puede ser elegible para recibir ayuda para pagar las primas del plan de salud de su empleador. Siga el enlace de abajo para obtener una lista completa de la información de contacto por estado.

> > [Más información proporcionada aquí.](#)

DISPONIBILIDAD DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Para planes autofinanciados: Su empleador y los planes médicos mantienen un Aviso de prácticas de privacidad que proporciona información a las personas cuya información de salud protegida (PHI) será utilizada o mantenida por el Plan. Si desea una copia del Aviso de prácticas de privacidad del Plan, comuníquese con su empleador.

COSTO DE CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA DE CONFORMIDAD CON LA LEY COBRA

INTRODUCCIÓN

Recibe este aviso porque recientemente obtuvo cobertura en un plan de salud grupal (el Plan). Este aviso contiene información importante sobre su derecho a continuar con 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 estará disponible para usted y su familia y lo que debe hacer para proteger su derecho a obtenerla. Cuando sea elegible para el programa COBRA, también podrá optar a otras opciones de cobertura que pueden costar menos que la continuación de la cobertura de COBRA.

El derecho a continuar con la cobertura de COBRA fue creado por una ley federal, la Ley Ómnibus Consolidada de Conciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA). La continuación de la cobertura de COBRA puede estar disponible para usted y otros miembros de su familia cuando, de lo contrario, la cobertura de salud grupal finalizaría. Para obtener más información sobre sus derechos y obligaciones en virtud del Plan y de la ley federal, consulte la descripción resumida del plan o póngase en contacto 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 una cobertura a través del Mercado, puede reunir los requisitos para recibir costos más bajos en sus primas mensuales y gastos de bolsillo más bajos. Además, es posible que califique para un período de inscripción especial de 30 días en otro plan de salud grupal para el que sea elegible (como un plan para su cónyuge), incluso si ese plan generalmente no acepta personas que se inscriban tarde. Puede obtener más información sobre muchas de estas opciones en www.healthcare.gov.

¿CUÁL ES EL COSTO DE CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA CONFORME A LA LEY COBRA?

La cobertura continua de COBRA es una continuación de la cobertura del Plan cuando, de lo contrario, finalizaría debido a un acontecimiento vital. Esto también se denomina “evento que reúna los requisitos”. Los eventos que reúnan los requisitos específicos se enumeran a continuación. Después de un evento que reúna los requisitos, 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 se pierde la cobertura del Plan debido a un evento que reúna los requisitos.

Empleado:	<ul style="list-style-type: none"> Sus horas de trabajo se reducen. Su empleo termina por cualquier motivo que no sea su mala conducta grave.
Cónyuge* del empleado:	<ul style="list-style-type: none"> Su cónyuge fallece. Se reducen las horas de trabajo de su cónyuge. El empleo de su cónyuge termina por cualquier motivo que no sea su mala conducta grave. Su cónyuge pasa a tener derecho a los beneficios de Medicare (según la Parte A, la Parte B o ambas). Se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge (o termina formalmente su pareja de hecho).
Hijo dependiente del empleado:	<ul style="list-style-type: none"> El padre empleado fallece. Se reducen las horas de trabajo del padre empleado. El empleo del padre empleado finaliza por cualquier motivo que no sea su mala conducta grave. El padre empleado pasa a tener derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas). Los padres se divorcian o se separan legalmente. El hijo deja de ser elegible para la cobertura del Plan como “hijo dependiente”.

* Cónyuge también se refiere a la pareja de hecho. No se aplica al divorcio o la separación legal.

¿CUÁNDO ESTÁ DISPONIBLE LA COBERTURA COBRA?

El plan ofrecerá la continuación de la cobertura de COBRA a los beneficiarios que reúnan los requisitos solo después de que se haya notificado al administrador del plan que hubo un evento que reúne los requisitos. El empleador debe notificar al administrador del plan los siguientes eventos que reúnen los requisitos:

Eventos que reúnen los requisitos:

- Fin del empleo o reducción de las horas de trabajo
- Fallecimiento del empleado
- Elegibilidad del empleado para los beneficios de Medicare (según la Parte A, la Parte B o ambas)
- Si el plan tiene cobertura de jubilación: Inicio de un procedimiento de quiebra con respecto al empleador

Para todos los demás casos que reúnan los requisitos (divorcio o separación legal del empleado o pérdida del cónyuge o de un hijo dependiente de elegibilidad para recibir cobertura como dependiente), debe notificarlo al administrador del plan dentro de los 60 días posteriores a la fecha en que se produzca el evento que reúne los requisitos. Debe proporcionar este aviso a su Departamento de Recursos Humanos.

Mantenga a su plan informado de los cambios de dirección.

COSTO DE CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA DE CONFORMIDAD CON LA LEY COBRA

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

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

Si el Seguro Social determina que usted o algún miembro de su familia cubierto por el Plan está discapacitado y usted lo notifica al administrador del plan de manera oportuna, usted y toda su familia pueden tener derecho a recibir hasta 11 meses adicionales de cobertura continua de COBRA, durante un máximo de 29 meses. La discapacidad tendría que haber comenzado en algún momento antes del día 60 de continuación de la cobertura de COBRA y debe durar al menos hasta el final del período de 18 meses de continuación de la cobertura de COBRA.

Ampliación del período de cobertura continua de 18 meses para el segundo evento que reúne los requisitos

Si su familia experimenta otro evento que reúna los requisitos 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, durante un máximo de 36 meses, si se notifica debidamente al plan sobre el segundo evento condicionante. Esta extensión puede estar disponible para el cónyuge y cualquier hijo dependiente que reciba la cobertura continua de COBRA si el empleado o ex empleado fallece, pasa a tener derecho a los beneficios de Medicare (según la Parte A, la Parte B o ambas), se divorcia o se separa legalmente; o si el hijo dependiente deja de ser elegible en virtud del Plan como hijo dependiente. Esta extensión solo está disponible si el segundo evento que reúne los requisitos hubiera provocado que el cónyuge o el hijo dependiente perdiera la cobertura del Plan si no hubiera ocurrido el primer evento que reúne los requisitos.

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

En general, si no se inscribe en las Partes A o B de Medicare cuando reúne los requisitos por primera vez porque todavía tiene empleo, después del período de inscripción inicial de Medicare, tiene un período de inscripción especial de 8 meses para inscribirse en la Parte A o B de Medicare, que comienza

el mes siguiente a la finalización de su empleo o el mes posterior a la finalización de la cobertura del plan de salud grupal según el empleo actual.

Si no se inscribe en Medicare y, en cambio, elige continuar con la cobertura de COBRA, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte B y que tenga una brecha en la cobertura si decide que quiere recibir la Parte B más adelante. Si elige continuar con la cobertura de COBRA y, posteriormente, se inscribe en las Partes A o B de Medicare antes de que finalice la cobertura de continuación de COBRA, el plan puede cancelar su cobertura continua. Sin embargo, si las Partes A o B de Medicare entran en vigor en la fecha de la elección de COBRA o antes, no se podrá interrumpir la cobertura de COBRA por motivos de elegibilidad para Medicare, incluso si se inscribe en la otra parte de Medicare después de la fecha de elección de la cobertura de COBRA.

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

Las preguntas sobre su plan o sus derechos de continuación de la cobertura de COBRA deben dirigirse al contacto o los contactos que se indican 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), incluidas la ley COBRA, la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible y otras leyes que afectan a los planes de salud grupales, póngase en contacto con la oficina regional o distrital más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (EBSA) del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos en su área o visite www.dol.gov/ebsa. (Las direcciones y los números de teléfono de las oficinas regionales y distritales de la EBSA están disponibles en el sitio web de la 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 conservar una copia, para su registro, de todos los avisos que envíe al administrador del plan.

AVISOS DE INTERCAMBIO (EXCHANGE NOTICES)

La ACA enmendó la Ley de Normas Laborales Justas (FLSA) para exigir que los empleadores proporcionen a todos los nuevos empleados y empleados actuales un aviso por escrito sobre las opciones de cobertura médica que están disponibles a través de los Intercambios de la ACA (también conocido como el "Marketplace" (Mercado) y algunas de las consecuencias. si un empleado decide comprar un plan de salud calificado a través del Intercambio de la ACA en lugar de la cobertura patrocinada por el empleador. Los modelos del Departamento de Trabajo están en inglés y español.

Para ver los documentos, visite los enlaces proporcionados a continuación:

> > > [Aviso de Intercambio – Se ofrece plan de salud – Inglés](https://bit.ly/ExchangeNotice-Healthplanoffered-EN) <https://bit.ly/ExchangeNotice-Healthplanoffered-EN>

> > > [Aviso de Intercambio – Se ofrece plan de salud – Español](https://bit.ly/ExchangeNotice-Healthplanoffered-SPAN) <https://bit.ly/ExchangeNotice-Healthplanoffered-SPAN>

HOJA INFORMATIVA PARA “GINA”

La Ley de No Discriminación por Información Genética de 2008

La Ley de No Discriminación por Información Genética de 2008 (“GINA”) Protege a los empleados contra la discriminación basada en su información genética. Por favor, consulte el documento adjunto para más información.

> > > [Hoja informativa de GINA – Inglés](#)

LA LEY DE MICHELLE

La Ley de Michelle exige la cobertura continua bajo la mayoría de los planes de salud grupales por hasta un año para un estudiante matriculado en una institución de educación superior que pierde el estatus de estudiante bajo el plan de salud grupal debido a una permiso de ausencia médicamente necesario. El impacto de la Ley de Michelle ha sido limitado por el mandato de la edad de 26 años, que exige que un plan de salud grupal patrocinado por el empleador que proporciona cobertura para los dependientes de sus participantes continúe ofreciendo esa cobertura hasta que el niño haya cumplido 26 años, sin importar el estatus del niño como estudiante. Como resultado, la Ley de Michelle afecta principalmente a los planes que eligen ofrecer cobertura para los niños de 26 años o más si el hijo adulto es estudiante, pero que no proporcionan de otro modo cobertura para los hijos adultos de esa misma edad.

Para obtener más información, comuníquese con su Departamento de Recursos Humanos.