

PARA: Empleados elegibles para beneficios de salud grupales bajo los planes de salud grupales de Schupan & Sons, Inc.

FECHA: 1 de enero de 2024

ASUNTO: Avisos anuales obligatorios para planes de salud grupales

*****Información Importante – Puede Requerir Acción*****

Para asegurar que tenga toda la información que necesita para tomar decisiones informadas para usted y su familia, la ley exige que Schupan & Sons, Inc. le informe ciertos derechos legales que puede tener y las obligaciones legales que aplican a Schupan & Sons, Inc Group Health Plans. Estos derechos y obligaciones se describen con más detalle en los avisos adjuntos.

Contenido

Aviso sobre la Ley de Michelle	Página 24
Aviso sobre la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer	Página 24
Aviso de la Ley de Protección Médica de la Madre y el Recién Nacido	Página 25
Aviso sobre la Tasa de Pérdidas Médicas	Página 25
Aviso Sobre el Programa de Bienestar	Página 25
Aviso de Prácticas de Privacidad HIPAA	Página 27
Aviso de Inscripción Especial HIPAA	Página 30
Nuevas Opciones de Cobertura del Mercado de Seguros y Su Cobertura de Salud	Página 32
Aviso Importante sobre su Cobertura de Medicamentos Recetados y Medicare	Página 34
Asistencia con Primas bajo Medicaid y Programa Médico para Menores (CHIP)	Página 36
Modelo de Aviso General de Derechos de Continuación de Cobertura de COBRA	Página 40
Sus Derechos y Protecciones Contra Facturas Médicas Sorpresa	Página 45

Debe revisar estos avisos detenidamente y guardarlos con otros materiales que reciba sobre los beneficios disponibles bajo el Plan. Si tiene alguna pregunta sobre cualquiera de los derechos y obligaciones legales que se describen a continuación o sobre el Plan, debe escribir o llamar a:

Heidi Liddle, Compensation & Benefits Manager
4200 Davis Creek Ct | Kalamazoo, MI 49001
(269) 337-4726 | hliddel@schupan.com

Los siguientes avisos no pretenden ser una descripción de los beneficios ofrecidos bajo el Plan. Para obtener más información sobre beneficios específicos, consulte el Resumen de la Descripción del Plan o comuníquese con la persona mencionada anteriormente.

*Si usted (o sus dependientes) tienen Medicare o serán elegibles para Medicare en los próximos 12 meses, una ley federal le brinda más opciones sobre su cobertura de medicamentos recetados. Por favor, consulte **página 34** para más detalles.*

Aviso sobre la Ley de Michelle

Cuando un hijo dependiente mayor de 26 años pierde la condición de estudiante bajo la política de elegibilidad de la cobertura del plan de salud grupal Schupan & Sons, Inc., debido a una licencia médica necesaria de alguna institución educativa de nivel superior, el plan de salud grupal Schupan & Sons, Inc. continuará brindando cobertura durante la licencia hasta un año después de la fecha de finalización de la licencia o hasta la fecha en que termine la cobertura del plan de salud grupal Schupan & Sons, Inc., lo que ocurra primero.

Para mantener la elegibilidad y continuidad de cobertura como dependiente durante dicha licencia:

- El Schupan & Sons, Inc Group Health Plans debe recibir una certificación por escrito del médico tratante del hijo dependiente que indique que el hijo sufre una enfermedad o lesión grave y que el permiso de ausencia (u otro cambio de inscripción) es médicamente necesario; y
- El dependiente se establece como dependiente discapacitado según lo definen los proveedores médicos.

Para más información, comuníquese con:

Heidi Liddle
Compensation & Benefits Manager
(269) 337-4726
hliddel@schupan.com

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

Notificación de Inscripción

Si le han realizado o le realizarán una mastectomía, puede tener el derecho a ciertos beneficios bajo la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer (WHCRA, por sus siglas en inglés). Para las personas que reciben beneficios relacionados a la mastectomía, la cobertura será determinada a partir de la consulta con el paciente y su médico de cabecera, para:

- Todas las etapas de reconstrucción de la mama que fue removida con la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para lograr una apariencia simétrica;
- Prótesis; y
- Tratamiento de complicaciones físicas que surjan como resultado de la masectomía, incluyendo linfedemas.

Estos beneficios estarán sujetos a los mismos deducibles y coseguro aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos cubiertos en este plan. Por eso, se aplican los siguientes deducibles y coseguro:

- BCBSM SBPPO 80% \$1500/\$3000 DED
- BCBSM SBPPO 80% HSA \$2000/\$4000 DED

Para más información sobre los beneficios WHCRA, comuníquese con el administrador de su plan:

Heidi Liddle
Compensation & Benefits Manager
(269) 337-4726
hliddel@schupan.com

Aviso Anual

¿Sabía que su plan, tal como lo exige la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer, proporciona beneficios para servicios relacionados con la mastectomía, incluidas todas las etapas de reconstrucción y cirugía para lograr la simetría del pecho, la cobertura de las prótesis y cualquier complicación resultante de una mastectomía, como el linfedema? Contacte al administrador de su plan para obtener más información.

Aviso de la Ley de Protección Médica de la Madre y el Recién Nacido

En líneas generales, bajo la ley Federal, los emisores de planes de salud grupales y de seguros médicos no pueden restringir los beneficios de ninguna estadía hospitalaria en conexión con un nacimiento, para la madre o el recién nacido, a menos de 48 horas posteriores a un parto vaginal o a menos de 96 horas posteriores a una cesárea. Sin embargo, la ley Federal generalmente no prohíbe que el proveedor de servicios médicos de la madre o el recién nacido, después de consultar con su madre, dé de alta a la madre o a su hijo antes de las 48 horas (o las 96 horas según corresponda). En cualquier caso, los planes y los emisores no pueden, de acuerdo con la ley Federal, exigir que el proveedor obtenga autorización del plan o el emisor del seguro para prescribir una estancia no superior a 48 horas (o 96 horas).

Aviso sobre la Tasa de Pérdidas Médicas

La Ley de Cuidado de Salud a Precio Bajo requiere que las aseguradoras de salud en los mercados individuales y de pequeños grupos inviertan por lo menos el 80% de las primas que reciben en servicios para el cuidado de la salud y actividades que mejoren la calidad del cuidado de la salud (en el mercado de grupos grandes de 51 empleados o más, esta cifra aumenta al 85%). Esto se conoce como la Tasa de Pérdidas Médicas (MLR, por sus siglas en inglés) o la regla 80/20. Si la aseguradora de salud no invierte por lo menos el 80% (85% para grandes grupos) de las primas que recibe en servicios para el cuidado de la salud y actividades que mejoren la calidad del cuidado, debe devolver la diferencia.

Aviso Sobre el Programa de Bienestar

Alternativa Razonable de Estándar

Su plan de salud se compromete a ayudarlo a alcanzar su mejor estado de salud. Las recompensas por participar en un programa de bienestar están disponibles para todos los empleados. Si cree que es posible que no pueda cumplir con un estándar para obtener una recompensa bajo este programa de bienestar, usted podría calificar para tener la oportunidad de ganar la misma recompensa de alguna otra forma. Contáctenos al teléfono (269) 337-4726 y trabajaremos con usted (y, si lo desea, con su médico) para encontrar un programa de bienestar con las mismas recompensas que se adecuó a sus necesidades y a su estado de salud.

Aviso de Igualdad de Oportunidades de Empleo

HealthyWorks es un programa de bienestar voluntario disponible para todos los empleados. El programa

se administra de acuerdo con las normas federales que permiten programas de bienestar patrocinados por el empleador que buscan mejorar la salud de los empleados o prevenir enfermedades, incluyendo la Ley de 1990 de Estadounidenses con Discapacidades, la Ley de No Discriminación de Información Genética de 2008 y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, según corresponda, entre otras. Si elige participar en el programa de bienestar, se le pedirá que complete una evaluación voluntaria de riesgos de salud (HRA, por sus siglas en inglés), que formula una serie de preguntas sobre sus actividades y comportamientos relacionados con la salud y sobre ciertas afecciones médicas (como cáncer, diabetes o enfermedades cardíacas). También se le pedirá que complete un examen biométrico, que incluirá un análisis de sangre para medir ciertas características físicas como la presión arterial, el colesterol en sangre, el azúcar en sangre, etc. No está obligado a completar la evaluación voluntaria de riesgos de salud ni a realizarse el análisis de sangre u otros exámenes médicos.

Aunque no se requiere participar en el programa de bienestar, solo los empleados que lo hagan recibirán un incentivo.

Si no puede participar en ninguna de las actividades relacionadas con la salud ni alcanzar alguno de los resultados de salud necesarios para obtener un incentivo, puede tener derecho a una adaptación razonable o a un estándar alternativo. Puede solicitar un ajuste razonable o un estándar alternativo contactando a Heidi Liddle al (269) 337-4726 o hliddel@schupan.com.

Los resultados del programa de bienestar se utilizarán para proporcionarle información que lo ayude a comprender su salud actual y sus posibles riesgos, y también se puede utilizar para ofrecerle servicios a través del programa de bienestar. Además, se sugiere que comparta los resultados o inquietudes con su propio médico.

Protecciones Contra la Divulgación de Información Médica

La ley exige que se mantenga la privacidad y seguridad de la información personal de salud. Aunque el programa de bienestar y Heidi Liddle puede usar la información adicional que recopila para diseñar un programa basado en los riesgos de salud identificados en el lugar de trabajo, HealthyWorks nunca divulgará su información personal, ya sea públicamente o al empleador, excepto cuando sea necesario para responder a su solicitud para una adaptación razonable para participar en el programa de bienestar, o según lo expresamente permitido por la ley. La información médica que lo identifica personalmente que se proporciona en relación con el programa de bienestar no se compartirá con sus supervisores o gerentes y nunca se utilizará para tomar decisiones con respecto a su empleo.

Su información de salud no será vendida, intercambiada, transferida o divulgada excepto en la medida permitida por la ley para llevar a cabo actividades específicas relacionadas con el programa de bienestar, y no se le solicitará ni se le exigirá que renuncie a la confidencialidad de su información de salud como una condición para participar en el programa de bienestar o recibir un incentivo. Cualquier persona que reciba su información con el propósito de brindarle servicios como parte del programa de bienestar cumplirá con los mismos requisitos de confidencialidad. Las únicas personas que podrían recibir su información personal de salud son profesionales, como enfermeras registradas, médicos o asesores de salud para proporcionarle servicios bajo el programa de bienestar.

Además, toda la información médica obtenida a través del programa de bienestar se mantendrá separada de los registros de personal, la información almacenada electrónicamente será encriptada y ninguna información que proporcione como parte del programa de bienestar será utilizada para tomar una decisión de empleo. Se tomarán las precauciones adecuadas para evitar cualquier violación de datos, y en el caso

de que ocurra una violación de datos que involucre información que proporcione en relación con el programa de bienestar, se lo notificaremos inmediatamente.

No puede ser discriminado en el empleo debido a la información médica brindada para participar en el programa de bienestar, ni puede ser objeto de represalias si decide no participar.

Si tiene preguntas o inquietudes con respecto a este aviso, o sobre las protecciones contra la discriminación y represalias, comuníquese con Heidi Liddle al (269) 337-4726 o hliddel@schupan.com.

Aviso de Prácticas de Privacidad HIPAA

Esta notificación describe cómo la información médica sobre usted puede ser utilizada y revelada y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor revísela cuidadosamente.

Esta notificación desea informarle sobre las prácticas de privacidad del Plan de Salud de Schupan & Sons, Inc. y las obligaciones legales del Plan sobre la información protegida de su estado de salud de acuerdo con la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de la Información de los Seguros de Salud del 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés). La notificación también explica los derechos de privacidad que usted y los miembros de su familia tienen como participantes del Plan. Entra en vigor a partir del 1 de enero de 2024.

El Plan frecuentemente necesita acceder a la información protegida de su estado de salud para emitir pagos por los servicios de salud y ejecutar las funciones administrativas del plan. Queremos asegurar a los participantes del plan cubiertos bajo el Plan que nosotros obedecemos las leyes de privacidad federales y respetamos su derecho a la privacidad. Schupan & Sons, Inc. exige que todos los miembros de nuestra fuerza de trabajo y los terceros con acceso a la información protegida del estado de salud cumplan las prácticas de privacidad descritas debajo.

Información Protegida del Estado de Salud

La información protegida de su estado de salud es resguardada por la Regulación de Privacidad del HIPAA. Generalmente, la información protegida del estado de salud identifica a una persona creada o recibida por un proveedor de servicios médicos, un plan de salud o un empleador, en representación de un plan de salud de grupo relacionado con enfermedades de salud mental o física, servicios para el cuidado de la salud o el pago por ellos, ya sea en el pasado, presente o futuro.

Cómo Podemos Utilizar la Información Protegida de su Estado de Salud

Según la Reglamentación de Privacidad de HIPAA, podemos utilizar o revelar, sin su permiso, la información protegida de su estado de salud con ciertos fines. Este apartado describe las formas en que podemos utilizar y revelar la información protegida sobre su estado de salud.

Pago. Utilizamos o revelamos la información protegida de su estado de salud sin su autorización escrita, con el objetivo de determinar su elegibilidad para los beneficios, para solicitar el reembolso de un tercero o coordinar beneficios con otros planes de salud por los cuales está asegurado. Por ejemplo, un proveedor de servicios médicos que lo trate, nos suministrará la información de su estado de salud. Utilizamos esa información para determinar si esos servicios son elegibles para el pago según nuestro plan de salud de grupo.

Operaciones para el Cuidado de la Salud. Utilizamos y revelamos la información protegida de su estado de salud para llevar a cabo funciones administrativas del plan tales como actividades que garanticen la

calidad, resolución de querellas internas y la evaluación de la ejecución del plan. Por ejemplo, revisamos la naturaleza de las reclamaciones para comprender el uso del participante y realizar cambios en el diseño del plan que busquen controlar los costos del cuidado de la salud.

Tratamiento. Aunque la ley permite el uso y la divulgación de la información protegida de su estado de salud con el propósito de contribuir al tratamiento, como plan de salud generalmente no necesitamos revelarla con este propósito. Su médico o proveedor de servicios médicos debe explicarle cómo utilizan y comparten la información de su estado de salud con el propósito de contribuir al tratamiento, el pago y las operaciones del cuidado de la salud.

Como lo permite o lo exige la ley. Podemos también utilizar o revelar la información protegida de su estado de salud sin su autorización escrita por otras razones según lo permite la ley. La ley nos permite compartir información, según ciertos requerimientos, con el objetivo de comunicar información sobre los beneficios relacionados con la salud o los servicios que puedan ser de su interés, responder a una orden judicial o suministrar información para actividades de salud pública adicionales (ej. prevenir la propagación de una enfermedad) sin su autorización escrita. También se nos permite compartir información protegida del estado de salud durante una reestructuración corporativa como una fusión, una venta o una adquisición. También revelaremos información de su estado de salud cuando se exija por la ley, por ejemplo, con el objetivo de impedir serios daños a su persona o la de otros.

De Conformidad con Su Autorización. Cuando sea exigido por la ley, solicitaremos su autorización escrita antes de utilizar o revelar la información protegida de su estado de salud. Si usted decide firmar una autorización para revelar la información, puede más tarde revocarla para impedir el uso y la divulgación futura de dicha información.

Para los Socios Comerciales. Podemos firmar contratos con entidades conocidas como Socios Comerciales que brindan servicios y ejecutan funciones en representación del Plan. Podemos revelar información de salud protegida a los Socios Comerciales una vez que hayan aceptado por escrito salvaguardar la información protegida sobre el estado de salud. Por ejemplo, podemos revelar la información protegida de su estado de salud a un Socio Comercial para administrar las reclamaciones. A los Socios Comerciales también se les exige por ley preservar la información protegida sobre el estado de salud del asegurado.

Para el Patrocinador del Plan. Podemos revelar información protegida del estado de salud a ciertos empleados de Schupan & Sons, Inc. con el objetivo de administrar el Plan. Estos empleados utilizarán o revelarán la información protegida del estado de salud de la persona solamente cuando sea necesario y para ejecutar las funciones administrativas del plan o de otro modo exigidas por HIPAA, a menos que usted haya autorizado la divulgación de información adicional. La información protegida de su estado de salud no puede ser utilizada con fines relacionados al empleo sin su autorización específica.

Sus Derechos

Derecho de Inspeccionar y Copiar. En la mayoría de los casos, usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar la información protegida sobre el estado de salud que conservamos de usted. Si solicita copias, le cobraremos una cuota razonable para cubrir los costos de la copia, el envío por correo u otros gastos asociados con su solicitud. Su solicitud de inspeccionar o revisar la información de su estado de salud debe ser enviada por escrito a la persona mencionada debajo. Bajo algunas circunstancias, podemos negar su solicitud de inspeccionar y copiar la información de su estado de salud. Si su información sea conservada en un registro electrónico, usted puede recibir la información en formato electrónico.

Derecho a Enmendar. Si usted considera que la información en su registro está incorrecta o le falta información importante, usted tiene el derecho de solicitar que corrijamos la información existente o adicionemos el contenido que falta. Su solicitud para modificar la información de su estado de salud debe ser enviada por escrito a la persona mencionada debajo. Bajo algunas circunstancias, podemos negar su solicitud para modificar la información de su estado de salud. Si denegamos su solicitud, puede presentar oficialmente una declaración de disconformidad con nosotros para que se incluya en cualquier divulgación futura de la información en disputa.

Derecho al Informe de las Divulgaciones. Usted tiene el derecho a recibir el informe de ciertas divulgaciones de la información protegida sobre su estado de salud. El informe no incluirá las divulgaciones realizadas (1) con el propósito de contribuir al tratamiento, pago u operaciones del cuidado de la salud; (2) a usted; (3) conforme a su autorización; (4) a sus amigos o familiares en su presencia o debido a una emergencia; (5) por propósitos de seguridad nacional; o (6) accidentales o de otro modo permisibles.

Su solicitud del informe debe ser enviada por escrito a la persona mencionada debajo. Usted puede solicitar un informe de las divulgaciones realizadas en los últimos seis años. Usted puede solicitar un informe gratuito cada 12 meses.

Derecho a Solicitar Restricciones. Usted tiene el derecho a solicitarnos que no utilicemos o revelemos información para el tratamiento, el pago u otros propósitos administrativos excepto cuando sea específicamente autorizado por usted, cuando lo exija la ley o ante emergencias. Usted tiene también el derecho de solicitar que limitemos la divulgación de la información protegida de su estado de salud a alguien comprometido en su cuidado o en el pago de su atención médica, como por ejemplo un familiar o un amigo.

Su solicitud de restricciones ser enviada por escrito a la persona mencionada debajo. Consideraremos su solicitud, pero en la mayoría de los casos no estamos obligados legalmente a aceptar esas restricciones. Sin embargo, cumpliremos con cualquier solicitud de restricción, si la divulgación de información para el plan de salud tiene el propósito de contribuir con el pago o las operaciones del cuidado de la salud (no para contribuir con el tratamiento) y la información protegida sobre el estado de salud pertenece solamente a un producto o servicio del cuidado de la salud que ha sido pagado en efectivo y completamente.

Derecho a Solicitar una Comunicación Confidencial. Usted tiene el derecho a una comunicación confidencial cuando se traten temas relacionados a su estado de salud. Su solicitud de restricciones sera enviada por escrito a la persona mencionada debajo. Tenemos la obligación de atender solicitudes razonables. Por ejemplo, usted puede solicitar que lo contactemos en su lugar de trabajo o le enviemos comunicados relacionados con el tratamiento a una dirección alternativa.

Derecho a ser Notificado de una Violación de la Privacidad. Usted tiene el derecho a ser notificado en el caso de que nosotros (o uno de nuestros Socios Comerciales) descubramos una violación en la privacidad de la información protegida de su estado de salud. La notificación de la violación de la privacidad se realizará de acuerdo con las normativas federales.

Derecho a Recibir esta Notificación en Copia Física. Si ha estado de acuerdo en aceptar esta notificación de forma electrónica, usted también tiene el derecho de recibir una copia física de la notificación en parte de nosotros si lo ha solicitado. Para obtener una copia de esta notificación, por favor contacte a la persona mencionada debajo.

Nuestras Responsabilidades Legales. La ley nos exige salvaguardar la privacidad de la información

protegida de su estado de salud, proveerle determinados derechos relacionados con dicha información, proveerle esta notificación sobre las prácticas de privacidad y seguirlas según se estipula en esta notificación.

Podemos cambiar nuestras políticas en cualquier momento. En el caso que cambiemos significativamente nuestras políticas, le suministraremos una copia revisada de esta notificación. Puede también solicitar una copia de nuestra notificación en cualquier momento. Para conocer más sobre nuestras prácticas de privacidad, contacte a la persona mencionada debajo.

Si tiene alguna pregunta o reclamación, por favor contacte:

Heidi Liddle
Compensation & Benefits Manager
(269) 337-4726
hliddel@schupan.com

Reclamaciones

Si está preocupado porque hayamos violado sus derechos de privacidad, o no está de acuerdo con alguna decisión que hayamos tomado relacionada con el acceso a sus registros, usted puede contactar a la persona mencionada anteriormente. Usted también puede enviar una reclamación escrita al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. — Oficina de Derechos Civiles. La persona que se menciona arriba ante su solicitud, puede brindarle la dirección apropiada o también usted puede visitar www.hhs.gov/ocr, donde encontrará más información. Usted no será penalizado ni tampoco se tomarán represalias contra usted por presentar una reclamación mediante la Oficina de Derechos Civiles o con nosotros.

Aviso de Inscripción Especial HIPAA

Este aviso tiene el propósito de asegurar que comprenda su derecho a solicitar una cobertura de seguro médico grupal. Usted debe leer esta notificación incluso si planea renunciar a la cobertura por el momento.

Pérdida de Otra Cobertura

Si rechaza esta cobertura para usted o para sus dependientes (incluido su cónyuge) por otro seguro médico o cobertura de un plan de salud grupal, usted y sus dependientes podrán inscribirse en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir con la otra cobertura para usted o sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción en un plazo de 30 días después que su cobertura o la de sus dependientes haya terminado (o después que el empleador deje de contribuir con la otra cobertura).

Además, si tiene un nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o asignación para adopción, podrán inscribirse usted y sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de un plazo de 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o asignación para adopción.

Medicaid o CHIP

Si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad de cobertura por medio de Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés) o se vuelve elegible para un subsidio de asistencia con el pago de primas por medio de Medicaid o CHIP, usted y sus dependientes podrán

inscribirse. Deberá solicitar la inscripción dentro de un plazo de 60 días posteriores a la pérdida de la cobertura por Medicaid o CHIP, o la obtención de la elegibilidad para un subsidio de asistencia con el pago de primas.

Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, contacte a:

Heidi Liddle
Compensation & Benefits Manager
(269) 337-4726
hliddel@schupan.com

Nuevas Opciones de Cobertura del Mercado de Seguros y Su Cobertura de Salud

Información General

Ahora que las partes clave de la ley de seguro de salud han entrado en vigor, hay una nueva forma de comprar un seguro médico: El Mercado de Seguros de Salud. Para ayudarle a evaluar las opciones para usted y su familia, este aviso proporciona información básica sobre el nuevo Mercado y la cobertura de seguro de salud de su trabajo ofrecida por su empleador.

¿Qué es el Mercado de Seguros de Salud?

El Mercado de Seguros está diseñado para ayudarle a encontrar un seguro de salud que cubra sus necesidades y se adapte a su presupuesto. El Mercado de Salud ofrece “una ventanilla única” para encontrar y comparar las opciones de seguro médico privado. Usted también puede ser elegible para un nuevo tipo de crédito de impuestos que reduce su prima mensual de inmediato. La inscripción abierta para la cobertura de seguro médico a través del Mercado ocurre anualmente desde el 1 de noviembre hasta el 15 de diciembre para la cobertura a partir del 1 de enero.

¿Puedo ahorrar dinero en mis Primas de Seguro de Salud en el Mercado?

Puede calificar para ahorrar dinero y bajar su prima mensual, pero solamente si su empleador no ofrece cobertura, ó la cobertura que ofrece no cumple con ciertos estándares. Los ahorros en su prima al que usted es elegible depende del ingreso familiar.

¿La Cobertura de Salud del Empleador Afecta la Elegibilidad para Ahorros Prima a través del Mercado?

Si. Si usted tiene una oferta de cobertura de salud de su empleador que cumple ciertos estándares, usted no será elegible para un crédito de impuestos a través del Mercado y puede inscribirse en el plan de salud de su empleador si desee. Sin embargo, puede ser elegible para un crédito de impuestos que reduzca su prima mensual ó una reducción en ciertos costos-compartidos si su empleador no le ofrece la cobertura que cumpla ciertos estándares. Si el costo del plan de su empleador que le cubriría a usted (y no cualquier otro miembro de su familia) es más de un porcentaje específico de sus ingresos, ó si la cobertura que su empleador proporciona no cumple con el “valor mínimo” estándar establecido por la Ley de Cuidado de Salud Asequible, usted puede ser elegible para un crédito de impuestos.* Durante 2022 el porcentaje de asequibilidad fue de 9.61 %, en 2023 es de 9.12%, en 2024 es de 8.39%.

Si trabaja tiempo completo y es elegible para la cobertura bajo el plan de salud de su empleador, el plan satisface con el estándar de valor mínimo, y se pretende que el costo sea accesible basado en el salario del empleado.

Si usted compra un plan de salud a través del Mercado en lugar de aceptar la cobertura ofrecida por su empleador, podría perder la contribución del empleador (si la hubiere) a la cobertura ofrecida por el empleador. Además esta contribución del empleador, así como la contribución del empleado a la cobertura ofrecida por el empleador, a menudo se excluye de los ingresos para propósito de impuestos Federales y Estatales. Sus pagos por cobertura a través del Mercado se realizan después de impuestos.

¿Como puedo obtener más información?

Para obtener más información acerca de su cobertura ofrecida por su empleador, consulte el Resumen de la Descripción de su Plan ó comuníquese con su Departamento de Recursos Humanos al:

Heidi Liddle
Compensation & Benefits Manager
(269) 337-4726
hliddel@schupan.com

El Mercado puede ayudarle a evaluar sus opciones de cobertura, incluyendo su elegibilidad para cobertura a través del Mercado y sus costos. Por favor visite la página **www.cuidadodesalud.gov** para obtener más información, incluyendo una solicitud en línea para cobertura de seguro e información para contactarse para un Mercado de Seguro de Salud en su área.

*Un plan de salud proporciona “un valor mínimo” si la porción del plan del total de los costos de beneficios permitidos cubiertos por el plan es por lo menos el 60% de dichos costos.

COBERTURA ACREDITABLE – BCBSM SBPPO 80% \$1500/\$3000 DED, BCBSM SBPPO 80% HSA \$2000/\$4000 DED

Aviso Importante sobre su Cobertura de Medicamentos Recetados y Medicare

Por favor lea este aviso cuidadosamente y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura de recetas médicas con Schupan & Sons, Inc. y sus opciones bajo la cobertura de Medicare para medicamentos recetados. Esta información puede ayudarlo a decidir si desea o no inscribirse al plan de recetas de Medicare.

Si está considerando inscribirse al plan, debe comparar su cobertura actual, incluyendo cuáles medicamentos están cubiertos y a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de recetas de Medicare en su área. Al final de este aviso encontrará información sobre dónde puede solicitar ayuda para tomar decisiones relacionadas con su cobertura de recetas médicas.

Hay dos cosas importantes que necesita saber sobre su cobertura actual y la cobertura de recetas médicas del Medicare:

1. La cobertura de Medicare para medicamentos recetados se habilitó en el 2006 para todos los afiliados del Medicare. Usted puede recibir esta cobertura si se afilia al Plan de Recetas Médicas de Medicare o al Plan de Medicare Advantage (por ejemplo: HMO o PPO) que ofrece cobertura de recetas médicas. Todos los planes de recetas de Medicare brindan por lo menos ofrecen un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura con primas mensuales más altas.
2. Schupan & Sons, Inc. ha determinado que la cobertura de recetas médicas ofrecida por Schupan & Sons, Inc Group Health Plans se espera, como promedio para todos los participantes del plan, que pague tanto como lo que paga la cobertura de recetas médicas de Medicare y por lo tanto se considera una Cobertura Acreditable. Debido a que su cobertura existente es una Cobertura Acreditable, puede mantener esta cobertura y no pagar una prima mayor (una penalidad) si decide más tarde inscribirse a un plan de recetas de Medicare.

¿Cuándo puede inscribirse en un plan de recetas de Medicare?

Usted puede inscribirse en un plan de recetas de Medicare la primera vez que es elegible para Medicare y cada año desde el 15 de octubre al 7 de diciembre.

Sin embargo, si usted pierde su actual cobertura acreditable de recetas médicas, por una causa no atribuible a usted, será elegible para un Período de Inscripción Especial (SEP, por sus siglas en inglés) de dos (2) meses, en cual puede inscribirse al plan de recetas de Medicare.

¿Qué sucede con su cobertura actual si decide inscribirse en un plan de recetas de Medicare?

Si usted decide afiliarse al plan de recetas de Medicare, su cobertura actual con Schupan & Sons, Inc. puede estar afectada. Si usted decide afiliarse al plan de recetas de Medicare y desechar la cobertura actual con Schupan & Sons, Inc., usted y sus dependientes no podrán recuperar esta cobertura hasta el próximo período de inscripción ha abierto.

¿Cuándo pagará una prima mayor (penalidad) por inscribirse en un plan de recetas de Medicare?

Si usted desecha o pierde su cobertura actual con Schupan & Sons, Inc. y no se afilia al plan de recetas de Medicare en los primeros 63 días después de que concluya su cobertura actual, puede pagar primas mayores (una penalidad) para afiliarse a un plan de recetas de Medicare.

Si llega o supera el límite de 63 días sin una cobertura de recetas médicas acreditable, su prima mensual puede ascender como mínimo un 1% por mes a partir de la prima base del beneficiario del Medicare por cada mes que no tuvo cobertura.

Por ejemplo, si pasan diecinueve meses sin una cobertura acreditable, su prima puede ser por lo menos un 19% más alta que la prima base de un beneficiario de Medicare. Puede que deba pagar esta prima más alta (una penalidad) mientras tenga una cobertura de recetas de Medicare. Además, tendrá que esperar hasta el próximo octubre para afiliarse.

Para más información sobre este aviso o su cobertura actual para recetas médicas...

Contacte la persona mencionada debajo para obtener más información. NOTA: Recibirá este aviso cada año. También lo recibirá antes del próximo periodo de inscripciones al plan de recetas de Medicare y en el caso de que esta cobertura con Schupan & Sons, Inc. cambie. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para más información sobre sus opciones bajo la cobertura de Medicare para recetas médicas...

Puede encontrar más información detallada sobre planes de Medicare que ofrecen cobertura para recetas médicas, refiérase al manual "Medicare y Usted". Recibirá de Medicare, una copia de este manual en el correo cada año. También puede ser contactado directamente por los planes de recetas de Medicare.

Para más información sobre la cobertura de recetas médicas de Medicare:

- Visite <https://es.medicare.gov>.
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia para los Seguros de Salud (vea en el interior de la contraportada de su copia del manual "Medicare y Usted"; para obtener los números telefónicos para obtener ayuda especializada.
- Llame gratis a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios TTY deben llamar a 1-877-486-2048.

Si tiene ingresos y recursos limitados, existen ayudas adicionales disponibles para las coberturas de recetas médicas de Medicare. Para conocer sobre la ayuda adicional, visite Seguridad Social en el sitio www.ssa.gov/espanol, o llámalos a 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Recuerde: Guarde este aviso de Cobertura Acreditable. Si decide unirse a uno de los planes de recetas de Medicare, puede ser requerido suministrar una copia de este aviso cuando se afilie, para demostrar que ha mantenido o no una cobertura acreditable y por lo tanto, servirá para determinar si debe pagar o no una prima mayor (una penalidad).

Fecha: 20 de octubre de 2023
Nombre de Entidad/Empresa: Schupan & Sons, Inc.
Contacto - Puesto/Oficina: Heidi Liddle, Compensation & Benefits Manager
Dirección: 4200 Davis Creek Ct
Kalamazoo, MI 49001
Número de Teléfono: (269) 337-4726

Asistencia con Primas bajo Medicaid y Programa Médico 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 (1-877-543-7669)** o visite **www.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 (1-866-444-3272)**.

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 julio de 2023. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad –

La lista comienza en la página siguiente.

ALABAMA – Medicaid	ARKANSAS – Medicaid
Sitio web: www.myalhipp.com Teléfono: 1-855-692-5447	Sitio web: www.myarhipp.com Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)
ALASKA – Medicaid	CALIFORNIA – Medicaid
El Programa de Pago de Alaska primas del seguro médico Sitio web: www.myakhipp.com Teléfono: 1-866-251-4861 Por correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad de Medicaid: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx	Sitio web Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program: www.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+)	IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)
Sitio web de Health First Colorado: www.healthfirstcolorado.com/es Centro de atención al cliente de Health First Colorado: 1-800-221-3943 / Retransmisor del estado: 711 Sitio web de CHP+: www.colorado.gov/pacific/hcpf/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): www.colorado.gov/pacific/hcpf/health-insurance-buy-program Atención al cliente de HIBI: 1-855-692-6442	Sitio web de Medicaid: https://dhs.iowa.gov/ime/members Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366 Sitio web de Hawki: https://dhs.iowa.gov/hawki Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563 Sitio web de HIPP: https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp Teléfono de HIPAA: 1-888-346-9562
FLORIDA – Medicaid	KANSAS – Medicaid
Sitio web: www.flmedicaidprecovery.com/flmedicaidprecovery.com/hipp Teléfono: 1-877-357-3268	Sitio web: www.kdheks.gov/hcf/default.htm Teléfono: 1-800-792-4884 Teléfono de HIPP: 1-800-967-4660
GEORGIA – Medicaid	KENTUCKY – 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	Sitio web del Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP): https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/pages/kihhipp.aspx Teléfono: 1-855-459-6328 Por correo electrónico: kihhipp.program@ky.gov Sitio web de KCHIP: https://kidshealth.ky.gov/es Teléfono: 1-877-524-4718 Sitio web de Medicaid de Kentucky: www.chfs.ky.gov
INDIANA – Medicaid	LOUISIANA – Medicaid
Healthy Indiana Plan para adultos de bajos ingresos años 19-64 Sitio web: www.in.gov/fssa/hip Teléfono: 1-877-438-4479 Todos los demás Medicaid Sitio web: www.in.gov/medicaid Teléfono: 1-800-457-4584	Sitio web: www.medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)
MAINE – Medicaid	NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP
Sitio web: www.mymaineconnection.gov Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Maine relay 711 Página Web por primos de seguro de salud privado: www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-977-6740 TTY: Maine relay 711	Sitio web de Medicaid: www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid Teléfono de Medicaid: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710

MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP	NUEVA YORK – Medicaid
Sitio web: www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840 TTY: 711	Sitio web: www.health.ny.gov/health_care/medicaid Teléfono: 1-800-541-2831
MINNESOTA – Medicaid	CAROLINA DEL NORTE – Medicaid
Sitio web: www.mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp Teléfono: 1-800-657-3739	Sitio web: www.medicaid.ncdhhs.gov Teléfono: 919-855-4100
MISSOURI – Medicaid	DAKOTA DEL NORTE – Medicaid
Sitio web: www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005	Sitio web: www.hhs.nd.gov/healthcare Teléfono: 1-844-854-4825
MONTANA – Medicaid	NEBRASKA – Medicaid
Sitio web: www.dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084 Por correo electrónico: HSHIPPProgram@mt.gov	Sitio web: www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178
CAROLINA DEL SUR – Medicaid	DAKOTA DEL SUR - Medicaid
Sitio web: www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820	Sitio web: www.dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059
NEVADA – Medicaid	OKLAHOMA – Medicaid y CHIP
Sitio web de Medicaid: www.dhcfp.nv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900	Sitio web: www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742
NUEVO HAMPSHIRE – Medicaid	OREGON – Medicaid
Sitio web: www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Teléfono: 603-271-5218 Teléfono gratuito del programa HIPP: 1-800-852-3345, ext 5218	Sitio web: https://cuidadodesalud.oregon.gov Teléfono: 1-800-699-9075
PENSILVANIA – Medicaid y CHIP	VIRGINIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Program.aspx Teléfono: 1-800-692-7462 Sitio web de CHIP: www.dhs.pa.gov/CHIP/Pages/CHIP.aspx Teléfono de CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)	Sitio web: www.coverva.org/es/famis-select o www.coverva.org/es/hipp Teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924
RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP	WASHINGTON – Medicaid
Sitio web: www.eohhs.ri.gov Teléfono: 1-855-697-4347 Direct Rlte Share Line: 401-462-0311	Sitio web: www.hca.wa.gov Teléfono: 1-800-562-3022
TEXAS – Medicaid	WEST VIRGINIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: www.hhs.texas.gov/es/servicios/finanzas/programa-de-pago-de-las-primas-del-seguro-medico Teléfono: 1-800-440-0493	Sitio web: www.dhhr.wv.gov/bms/ o www.mywvhipp.com Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 Teléfono gratuito: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)
UTAH – Medicaid y CHIP	WISCONSIN – Medicaid y CHIP
Sitio web de Medicaid: https://medicaid.utah.gov/spanish-language Sitio web de CHIP: https://chip.health.utah.gov/espanol Teléfono: 1-877-543-7669	Sitio web: www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002
VERMONT – Medicaid	WYOMING – Medicaid
Sitio web: www.greenmountaincare.org Teléfono: 1-800-250-8427	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 julio de 2023, 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 (1-866-444-3272)

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 **ebsa.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)

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

Derechos de la Cobertura de Continuación Conforme a la Ley COBRA

Introducción

Le enviamos este aviso porque recientemente obtuvo la cobertura de un plan de salud grupal (el Plan). Este aviso contiene información importante acerca de su derecho a recibir la cobertura de continuación de COBRA, que es una extensión temporal de la cobertura del Plan. **Este aviso explica la cobertura de continuación de COBRA, el momento en el que usted y su familia pueden recibirla, y lo que usted puede hacer para proteger su derecho a obtenerla.** Al ser elegible para la cobertura de COBRA, también puede ser elegible para otras opciones que pueden costar le menos que la cobertura de continuación de COBRA.

El derecho a recibir la cobertura de continuación de COBRA se originó gracias a una ley federal, la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, por sus siglas en inglés) de 1985. Usted y otros familiares suyos pueden disponer de la cobertura de continuación de COBRA cuando se termine la cobertura de salud grupal. Para obtener más información acerca de sus derechos y obligaciones conforme al Plan y a la ley federal, debe revisar el Resumen de la Descripción del Plan o comunicarse con el administrador del Plan.

Al perder la cobertura de salud grupal, puede haber otras opciones disponibles. Por ejemplo, puede ser elegible para comprar un plan individual a través del Mercado de Seguros de Salud. Al inscribirse en la cobertura a través del Mercado de Seguros de Salud, puede cumplir con los requisitos para tener menores costos en las primas mensuales y gastos propios más bajos. Asimismo, puede tener derecho a un período de inscripción especial de 30 días en otro plan de salud grupal para el cual sea elegible (como un plan del cónyuge), aunque ese plan generalmente no acepte afiliados de último momento.

¿Qué es la cobertura de continuación de COBRA?

La cobertura de continuación de COBRA es la continuación de la cobertura del Plan cuando esta debería terminar debido a un evento determinado de la vida. Este acontecimiento también se conoce como “evento específico”. Los eventos específicos se incluyen más abajo en este aviso. Después de un evento específico, la cobertura de continuación de COBRA debe ofrecerse a cada persona considerada un “beneficiario que cumple con los requisitos”. Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios que cumplan con los requisitos si la cobertura del Plan se pierde debido al evento específico. Según el Plan, los beneficiarios que cumplan con los requisitos y que elijan la cobertura de continuación de COBRA pueden estar obligados a pagar la cobertura de continuación de COBRA.

Si usted es un empleado, se convertirá en un beneficiario que cumple con los requisitos si pierde la cobertura del Plan debido a estos eventos específicos:

- Sus horas de empleo se reducen; o
- Su empleo termina por un motivo que no sea una falta grave de su parte.

Si usted es el cónyuge del empleado, se convertirá en un beneficiario que cumple con los requisitos si pierde la cobertura del Plan debido a estos eventos específicos:

- Su cónyuge muere;

- Las horas de empleo de su cónyuge se reducen;
- El empleo de su cónyuge termina por motivo que no sea una falta grave por parte de su cónyuge;
- Su cónyuge adquiere el derecho a recibir los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas); o
- Se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge.

Sus hijos dependientes se convertirán en beneficiarios que cumplen con los requisitos si pierden la cobertura del Plan debido a estos eventos específicos:

- El empleado cubierto muere;
- Las horas de empleo del empleado cubierto se reducen;
- El empleo del empleado cubierto termina por un motivo que no sea una falta grave por parte del empleado cubierto;
- El empleado cubierto adquiere el derecho a recibir 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 "hijo dependiente."

A veces, presentar una solicitud de declaración de quiebra conforme al Título 11 del Código de Estados Unidos puede ser un evento habilitante. Si se presenta una solicitud de declaración de quiebra con respecto a Schupan & Sons, Inc. y esa quiebra causa la pérdida de la cobertura de cualquier empleado jubilado cubierto por el Plan, el empleado jubilado se convertirá en un beneficiario que cumple con los requisitos. El cónyuge del empleado jubilado, el cónyuge sobreviviente y los hijos dependientes también se convertirán en beneficiarios que cumplen con los requisitos si la quiebra causa la pérdida de la cobertura del Plan.

¿Cuándo está disponible la cobertura de continuación de COBRA?

El Plan ofrecerá la cobertura de continuación de COBRA a los beneficiarios que cumplan con los requisitos solamente después de que se le informe al administrador del Plan que ha ocurrido un evento específico. El empleador debe notificar los siguientes eventos habilitantes al administrador del Plan:

- La terminación del empleo o la reducción de las horas de empleo;
- La muerte del empleado;
- El inicio de una solicitud de declaración de quiebra con respecto al empleador; o
- El hecho de que el empleado adquiriera el derecho a recibir los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas).

Para todos los otros eventos específicos (divorcio o separación legal del empleado y el cónyuge, o hijo dependiente que pierde la elegibilidad para la cobertura como hijo dependiente), debe avisarle al administrador del Plan en los 60 días después de que ocurra el evento específico. Debe proporcionarle este aviso a:

Heidi Liddle
 Compensation & Benefits Manager
 (269) 337-4726
 hliddel@schupan.com

¿Cómo se proporciona la cobertura de continuación de COBRA?

Después de que el administrador del Plan recibe el aviso de que se ha producido un evento específico, la cobertura de continuación de COBRA se ofrecerá a cada uno de los beneficiarios que cumplan con los requisitos. Cada beneficiario que cumpla con los requisitos tendrá su propio derecho a elegir la cobertura de continuación de COBRA. Los empleados cubiertos pueden elegir la cobertura de continuación de COBRA en nombre de su cónyuge y los padres pueden elegir la cobertura de continuación de COBRA en nombre de sus hijos.

La cobertura de continuación de COBRA es la continuación temporal de la cobertura debido a la terminación del empleo o a la reducción de las horas de trabajo, y en general dura 18 meses.

Determinados eventos específicos, o un segundo evento específico durante el período inicial de cobertura, pueden permitir que el beneficiario reciba un máximo de 36 meses de cobertura.

También hay otros motivos por los cuales este período de 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA puede prolongarse:

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

Si el Seguro Social determina que usted o alguien de su familia que esté cubierto por el Plan tiene una discapacidad y usted le avisa al respecto al administrador del Plan en el plazo correspondiente, usted y toda su familia pueden recibir una extensión adicional de hasta 11 meses de cobertura de continuación de COBRA, por un máximo de 29 meses. La discapacidad debe haber comenzado en algún momento antes de los 60 días de la cobertura de continuación de COBRA y debe durar al menos hasta el final del período de 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA. Debe proporcionarle este aviso a:

Heidi Liddle
Compensation & Benefits Manager
(269) 337-4726
hliddel@schupan.com

Extensión por un segundo evento específico del período de 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA

Si su familia sufre otro evento específico durante los 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA, su cónyuge y sus hijos dependientes pueden recibir hasta 18 meses adicionales de cobertura de continuación de COBRA, por un máximo de 36 meses, si se le avisa al Plan como corresponde acerca del segundo evento específico. Esta extensión puede estar disponible para el cónyuge y cualquier hijo dependiente que reciba la cobertura de continuación de COBRA en el caso de que el empleado o ex-empleado muera, adquiera el derecho a recibir los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas), se divorcie o se separe legalmente, o si el hijo dependiente deja de ser elegible en el Plan como hijo dependiente. Esta extensión solo está disponible en el caso de que el segundo evento específico hubiese hecho que el cónyuge o el hijo dependiente pierda la cobertura del Plan si no se hubiese producido el primer evento específico.

¿Hay otras opciones de cobertura además de la cobertura de continuación de COBRA?

Sí. En lugar de inscribirse en la cobertura de continuación de COBRA, puede haber otras opciones de cobertura para usted y su familia a través del Mercado de Seguros de Salud, Medicare, Medicaid, el Programa de Seguro de Salud para Menores (CHIP, por sus siglas en inglés) u otras opciones de un plan de

salud grupal (por ejemplo, el plan de su cónyuge) mediante lo que se denomina un “período de inscripción especial”. Es posible que algunas de estas opciones cuesten menos que la cobertura de continuación de COBRA. Puede encontrar más información sobre muchas de estas opciones en www.cuidadodesalud.gov.

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

En general, si no se inscribe en Medicare Parte A o B cuando es elegible por primera vez porque todavía es empleado, después del período de inscripción inicial de Medicare, tiene un período de inscripción especial de 8 meses* para inscribirse en Medicare Parte A o B, comenzando a principios de

- El mes posterior a la finalización de su empleo; o
- El mes posterior a la finalización de la cobertura del plan de salud grupal basado en el empleo.

*Para obtener más información sobre el período de inscripción especial de 8 meses, visite:

<https://es.medicare.gov/sign-up-change-plans/how-do-i-get-parts-a-b/part-a-part-b-sign-up-periods>

Si elige la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) y desea inscribirse en Medicare Parte B después de que finalice su cobertura de continuación, es posible que tenga que pagar una penalidad por inscripción tardía. Si se inscribe inicialmente en Medicare Parte A o B después de elegir la cobertura de continuación COBRA, el plan puede terminar su cobertura de continuación. Sin embargo, si Medicare Parte A o B entra en vigencia en la fecha de la elección de COBRA o antes de esta fecha, la cobertura de COBRA no se puede descontinuar debido al derecho a Medicare, incluso si la persona 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 cobertura COBRA como en Medicare, Medicare generalmente pagará primero (pagador primario) y la continuación de cobertura COBRA pagarán en segundo lugar. Ciertos planes pueden pagar como si fueran secundarios a Medicare, incluso si no está inscrito en Medicare.

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

Si tiene preguntas

Las preguntas acerca de su Plan o de sus derechos a recibir la cobertura de continuación de COBRA deben enviarse al contacto o los contactos identificados abajo. Para obtener más información sobre sus derechos según la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA, por sus siglas en inglés), incluida la ley COBRA, la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud Asequible, y otras leyes que afectan a los planes de salud grupales, comuníquese con la oficina regional o de distrito más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (EBSA, por sus siglas en inglés) del Departamento de Trabajo de Estados Unidos en su área, o visite **www.dol.gov/ebsa**. (Las direcciones y los números de teléfono de las oficinas regionales y de distrito de EBSA están disponibles en el sitio web de EBSA). Para obtener más información acerca del mercado de seguros médicos, visite **www.cuidadodesalud.gov**.

Informe a su plan si cambia de dirección

Para proteger los derechos de su familia, informe al administrador del Plan sobre cualquier cambio en las direcciones de sus familiares. También debe conservar una copia, para su registro, de todos los avisos que le envíe al administrador del Plan.

Información de contacto del Plan

Para obtener más información sobre el Plan y la continuación de la cobertura COBRA a pedido, comuníquese con la siguiente persona:

Schupan & Sons, Inc Group Health Plans
Heidi Liddle
Compensation & Benefits Manager
(269) 337-4726
hliddel@schupan.com

Sus Derechos y Protecciones Contra Facturas Médicas Sorpresa

Cuando recibe atención de emergencia o tratamiento de un proveedor fuera de la red en un hospital o centro de cirugía ambulatoria dentro de la red, usted está protegido contra facturas inesperadas o la facturación del saldo. En estos casos, no se le debería cobrar más que los copagos, el coseguro o el deducible de su plan.

¿Qué es “facturación del saldo” (algunas veces llamado “facturas inesperadas”)?

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

“Fuera de la red” significa los proveedores y centros que no firmaron un contrato con su plan médico para prestar los servicios. Los proveedores fuera de la red pueden facturarle la diferencia entre lo que su plan aceptó pagar y la cantidad completa cobrada por un servicio. Esto se llama “**facturación del saldo**”. Esta cantidad probablemente será más que los costos dentro de la red por el mismo servicio y posiblemente no cuente para el deducible o el límite anual de gastos de bolsillo de su plan.

“Factura inesperada” es una factura de saldos no esperada. Esto puede suceder cuando no puede controlar quién está participando en su atención, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una visita en un centro dentro de la red, pero inesperadamente lo trata un proveedor fuera de la red. Las facturas médicas inesperadas podrían costarle miles de dólares dependiendo del procedimiento o del servicio.

Usted está protegido contra la facturación del saldo por:

Servicios de emergencia

Si tiene una condición médica de emergencia y recibe servicios de emergencia de un proveedor o un centro fuera de la red, lo más que el centro o el proveedor puede facturarle es la cantidad de gastos compartidos dentro de la red de su plan (como copagos, coseguro o deducibles). **No** puede recibir facturas de saldos por estos servicios de emergencia. Esto incluye servicios que puede recibir cuando esté en una condición estable, a menos que dé un consentimiento por escrito y que renuncie a sus protecciones de no recibir facturación de saldos por estos servicios después de la estabilización.

A partir de agosto de 2022, los siguientes 18 estados decretaron protecciones integrales contra la facturación del saldo: California, Colorado, Connecticut, Florida, Georgia, Illinois, Maine, Maryland, Michigan, Nuevo Hampshire, Nueva Jersey, Nuevo México, Nueva York, Ohio, Oregón, Texas, Virginia, Washington.

A partir de agosto de 2022, los siguientes 15 estados decretaron protecciones limitadas contra la facturación de saldos: Arizona, Delaware, Indiana, Iowa, Massachusetts, Minnesota, Misisipi, Misuri, Nebraska, Nevada, Carolina del Norte, Pensilvania, Rhode Island, Vermont, West Virginia.

Generalmente, esas protecciones aprobadas por el estado se aplican a los planes médicos totalmente asegurados, regulados por el estado específico y no a los planes médicos autofinanciados. Revise el sitio web del comisionado estatal de seguros para obtener más información sobre las leyes específicas del estado.

Si no se menciona su estado en la lista, revise el sitio web del comisionado estatal, ya que algunos estados pueden adoptar un mandato de facturas inesperadas en cualquier momento.

Ciertos servicios en un hospital o centro de cirugía ambulatoria dentro de la red

Cuando recibe servicios de un hospital o centro de cirugía ambulatoria dentro de la red, ciertos proveedores podrían estar fuera de la red. En estos casos, el máximo que esos proveedores pueden facturarle es la cantidad de gastos compartidos de su plan dentro de la red. Esto se aplica a servicios de medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorios, neonatología, asistente del cirujano, del médico hospitalista o de intensivista. Estos proveedores **no pueden** facturar saldos y **no** pueden pedirle que renuncie a sus protecciones para no recibir facturación de saldos.

Si recibe otros tipos de servicios en estos centros dentro de la red, los proveedores fuera de la red **no pueden** facturarle los saldos, a menos que usted les dé un consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones.

Nunca se le exigirá que renuncie a sus protecciones contra la facturación del saldo. Tampoco está obligado a recibir atención fuera de la red. Puede elegir a un proveedor o centro de la red de su plan.

Cuando no está permitida la facturación del saldo, usted también tiene las siguientes protecciones:

- Solo es responsable de pagar su parte de los costos (como los copagos, el coseguro y el deducible que pagaría si el proveedor o el centro estuviera dentro de la red). Su plan médico pagará directamente cualquier otro costo a los proveedores y centros fuera de la red.
- Generalmente, su plan médico debe:
 - Cubrir servicios de emergencia sin exigirle que obtenga aprobación con antelación para los servicios (conocida también como “autorización previa”).
 - Cubrir servicios de emergencia con proveedores fuera de la red.
 - Basar lo que usted debe al proveedor o centro (gastos compartidos) en lo que pagaría a un proveedor o centro dentro de la red y mostrar esa cantidad en su explicación de los beneficios.
 - Contar cualquier cantidad que pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red contra su deducible dentro de la red y el límite de gastos de bolsillo.

Si cree que hay un error en su facturación, puede comunicarse con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos al 1-877-696-6775 o con el comisionado de Seguros de su estado.

El contenido de este documento no tiene fuerza y efecto legal y no pretende vincular al público de ninguna manera, a menos que se incorpore específicamente en un contrato. Este documento se diseñó solo para aclarar al público los requisitos existentes según la ley.