

INFORMACIÓN IMPORTANTE



2019. Notificación Anual

Como empleado de la Diócesis Católica de Jackson, usted y sus beneficiarios pueden tener derechos y privilegios relacionados con varios programas de salud y beneficios. Las leyes que rigen la atención médica requieren que proporcionemos a **TODOS LOS EMPLEADOS** (incluidos los de tiempo parcial, sustitutos, trabajadores temporales, etc.) con estas notificaciones.

Las siguientes páginas enumeran los avisos importantes que debe conservar en sus registros. En el pasado, muchos de estos avisos se enviaban individualmente, pero ahora se agrupan para comunicar más claramente sus derechos y simplificar la distribución. Usted puede o no calificar para algunos de los programas enumerados.

Si tiene algunas preguntas, por favor no dude en contactarme.

Sinceramente,

A handwritten signature in blue ink that reads "Julia Williams". The signature is written in a cursive, flowing style.

Julia Williams, Benefits Coordinator
Catholic Diocese of Jackson
237 East Amite Street
Jackson MS 39202
(601) 960-8462

NOTIFICACIONES

HIPAA

La Ley de Responsabilidad y Transferencia de Seguro Médico (*Health Insurance Portability and Accountability Act*, HIPAA por sus siglas en inglés) de 1996 (HIPAA) exige que le notifiquemos dos disposiciones muy importantes en el plan.

El primero es su derecho a inscribirse en el plan bajo su "disposición de inscripción especial" (*special enrollment provision*, por su nombre en inglés) si usted se casa, adquiere un nuevo dependiente o si usted rechaza cobertura bajo el plan para un dependiente elegible, mientras la otra cobertura está vigente, y luego el dependiente la pierde por ciertas razones de calificación.

La inscripción especial debe realizarse dentro de los 30 días del evento de calificación. Si usted declina su inscripción para usted y sus dependientes (incluido su cónyuge) mientras la cobertura bajo Medicaid o un programa estatal de seguro médico para niños, (*Children's Health Insurance Program- CHIP*, por su nombre en inglés) está vigente, es posible que usted pueda inscribirse e incluir a sus dependientes en este programa si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a que usted o sus dependientes sean elegibles para la asistencia con la prima. Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, comuníquese con el administrador del plan que se indica en este aviso.

En segundo lugar, a partir del primer día del año del plan 2014, el plan no impone limitaciones a la cobertura para condiciones preexistentes.

HIPAA. Aviso de prácticas de privacidad.

La Ley de Responsabilidad y Transferencia de Seguros de Salud de 1996 ("HIPAA") exige que mantengamos la privacidad y la información de salud protegida, que notifiquemos nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud y que cumplamos con los términos actualmente vigente de nuestros avisos.

Puede solicitar una copia de las Prácticas de Privacidad actuales, al Administrador del Plan, que explique cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede obtener acceso a esta información.

Como es requerido por la ley. Divulgaremos información de salud cuando así lo exijan las leyes internacionales, federales, estatales o locales.

Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar, el derecho a una copia electrónica de los registros médicos electrónicos, el derecho a recibir una notificación de incumplimiento, el derecho a enmendar, el derecho a un informe de divulgaciones, el derecho a solicitar restricciones, el derecho a solicitar comunicaciones confidenciales, el derecho a una copia en papel de este aviso y el derecho a presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad.

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

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para la cobertura médica de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia con primas que puedan ayudarlo 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 primas, pero es posible que pueda 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 Alabama, Alaska, Arizona, Colorado, Florida, Georgia, Idaho, Indiana, Iowa, Kansas, Kentucky, Luisiana, Maine, Massachusetts, Minnesota, Missouri, Montana, Nebraska, Nevada, New Hampshire, Nueva Jersey, Nueva York, Carolina del Norte, Dakota del Norte, Oklahoma, Oregón, Pensilvania, Rhode Island, Carolina del Sur, Dakota del Sur, Texas, Utah, Vermont, Virginia, Washington, Virginia Occidental, Wisconsin, o Wyoming, puede comunicarse con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para averiguar si hay asistencia con la prima disponible. La lista de estados que ofrecen asistencia de CHIP puede cambiar sin previo aviso.

Para ver si otros estados han agregado un programa de asistencia con primas desde el 31 de enero de 2014, o para obtener más información sobre derechos de inscripción especiales, puede comunicarse con: Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de EE. UU. www.dol.gov/ebsa.

1-866 -444-EBSA (3272) Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Centros para Servicios de Medicare y Medicaid www.cms.hhs.gov 1-877-267-2323, Menú Opción 4, Ext. 61565

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y cree que usted o cualquiera de sus dependientes podrían ser elegibles para alguno de estos programas, puede comunicarse con la oficina estatal de Medicaid o CHIP o llamar al 1-877-KIDS NOW o www.insurekidsnow.gov para averiguar cómo solicitar. Si califica, puede preguntarle al estado si tiene un programa que podría ayudarlo a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Una vez que se determina que usted o sus dependientes son elegibles para recibir asistencia con la prima de Medicaid o CHIP, así como elegible según el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan de su empleador si aún no está inscrito. Esto se denomina oportunidad de "inscripción especial" (special enrollment, por su nombre en inglés) y debe solicitar cobertura dentro de los 60 días de haber sido determinado elegible para recibir asistencia con la prima. Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en el plan de su empleador, puede comunicarse electrónicamente con el Departamento de Trabajo en www.askebsa.dol.gov o llamando al número gratuito 1-866-444-EBSA (3272).

WHCRA

La Ley de derechos de salud y cáncer de la mujer (WHCRA, por sus siglas en inglés) de 1998, proporciona beneficios para los servicios relacionados con la mastectomía, incluida la reconstrucción y la cirugía para lograr simetría entre los senos, las prótesis y las complicaciones derivadas de una mastectomía (incluido la linfedema). Llame a su emisor de seguro de salud para obtener más información.

Este aviso le informa sobre la regulación federal que exige que todos los planes de salud que cubren mastectomías también cubran la reconstrucción del seno extraído. Si ha tenido o va a tener una mastectomía, es posible que tenga derecho a ciertos beneficios. Para las personas que reciben beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se proporcionará de la manera que se determine en consulta con el médico tratante y el paciente, para:

- Todas las etapas de reconstrucción del seno en las que se realizó la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica.
- Prótesis; y
- Tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluidos las linfedemas.

NMHPA

La Ley de Protección de la Salud de los Recién Nacidos y las Madres requiere que los planes de salud grupales y los emisores de seguros de salud que ofrecen cobertura de parto generalmente no pueden, bajo la ley federal, restringir los beneficios de cualquier estadía hospitalaria relacionada 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 de alta a la madre o al recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda).

En cualquier caso, los planes y los emisores de seguros no pueden, bajo la ley federal, exigir que un proveedor obtenga la autorización del plan o del emisor para prescribir una duración de la estadía que no exceda las 48 horas (o 96 horas). Consulte el documento de su plan para obtener información específica sobre la cobertura del parto o póngase en contacto con el administrador de su plan.

Para obtener información adicional sobre las disposiciones de la NMHPA y cómo los planes gubernamentales no federales autofinanciados pueden optar por no participar en los requisitos de la NMHPA, visite <http://www.cms.gov/CCIIO/>

Continuación del estado de Mississippi

Este aviso contiene información importante sobre su derecho a la cobertura de continuación del estado de Mississippi, que es una extensión temporal de la cobertura según el plan de la compañía. El derecho a la cobertura de continuación del estado de Mississippi puede estar disponible según la ley estatal que requiere que los empleadores que patrocinan planes de salud grupales ofrezcan a los empleados y sus familias la oportunidad de elegir una extensión temporal de la cobertura de salud, llamada "cobertura de continuación" (continuation coverage o Mini COBRA, por su nombre en inglés). La cobertura de continuación del estado de Mississippi puede estar disponible para usted y otros miembros de su familia que estén cubiertos por el plan cuando de lo contrario se perdería la cobertura. Comuníquese con su asegurador o con el departamento de seguros del estado para conocer las opciones específicas disponibles para usted y otros miembros cubiertos de la familia.

La cobertura de continuación del estado de Mississippi es una continuación de la cobertura del plan cuando, de lo contrario, la cobertura finalizaría debido a un evento de vida conocido como "evento que califica" (qualifying event, por su nombre en inglés). Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios calificados si se pierde la cobertura del plan debido al evento calificado. Según el plan, los beneficiarios calificados que eligen la cobertura de continuación del estado de Mississippi deben pagar la cobertura de continuación del estado de Mississippi. Los empleados y sus dependientes calificados son responsables de notificar a la Compañía de cualquier cambio en la dirección o el estado (por ejemplo, divorcio, elegibilidad de seguro, niño que no es elegible debido a la edad, etc.) dentro de los 30 días del evento.

Es posible que usted tenga otras opciones disponibles cuando pierda la cobertura de salud grupal. Por ejemplo, usted puede ser elegible para comprar un plan individual a través del Mercado de Seguros de Salud (Health Insurance Marketplace, por su nombre en inglés). Al inscribirse en la cobertura a través del Mercado, usted puede calificar para costos más bajos en sus primas mensuales y costos de desembolso más bajos. Además, puede calificar para un período de inscripción especial de 30 días para otro plan de salud grupal para el que sea elegible (como el plan de un cónyuge), incluso si ese plan generalmente no acepta inscripciones tardías.

Si tiene preguntas:

Las preguntas relacionadas con su plan o sus derechos de cobertura de continuación del estado de Mississippi deben dirigirse al administrador del plan indicado anteriormente o en la descripción resumida del plan. Para obtener más información sobre sus derechos en virtud de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación (Employee Retirement Income Security Act -ERISA-, por su siglas en inglés), incluida COBRA, la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible, (Patient Protection and Affordable Care Act, por su nombre en inglés) y otras leyes que afectan a los planes de salud grupales, comuníquese con la Oficina Regional o de Distrito más cercana de Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo (Department of Labor's Employee Benefits Security Administration. EBSA, por su nombre en inglés) en su área o visite www.dol.gov/ebsa (Las direcciones y los números de teléfono de las oficinas regionales y distritales de EBSA están disponibles a través del sitio web de EBSA). Para obtener más información sobre el Mercado de Seguros de Salud, visite www.HealthCare.gov.

Mantenga a su plan informado de los cambios de dirección

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

AVISO DE MEDICARE PARTE D

Plan Médico: Administradores de Beneficios Asegurados (Assured Benefits Administrators ABA, por su nombre en inglés)

Aviso importante de la Diócesis Católica de Jackson sobre su cobertura de medicamentos recetados y Medicare

Lea atentamente este aviso y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados con Catholic Diocese of Jackson y sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarlo a decidir si desea o no unirse a un plan de medicamentos de Medicare. Si está considerando unirse, debe comparar su cobertura actual, incluyendo qué medicamentos están cubiertos y a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su área. 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 estuvo 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 inscribe en un plan Medicare Aventajado (como un HMO o PPO) que ofrece cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare proporcionan al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
2. La Diócesis Católica de Jackson ha determinado que la cobertura de medicamentos recetados ofrecida por los Administradores de Beneficios Asegurados se espera que, en promedio para todos los participantes del plan, se pague tanto como paga la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y, por lo tanto, se considera Cobertura Acreditada. Debido a que su cobertura actual es Cobertura acreditable, puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una multa) si luego decide inscribirse en 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 por primera vez para Medicare y cada año, del 15 de octubre al 7 de diciembre. Los participantes del plan son elegibles si están dentro de los tres meses de cumplir 65 años, ya tienen 65 años o si están discapacitados.

Sin embargo, si pierde su cobertura actual acreditable de medicamentos recetados sin que sea culpa suya, también será elegible para un Período de inscripción especial (SEP) de dos (2) meses para afiliarse a un plan de medicamentos de Medicare.

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

Si decide afiliarse a un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura actual de la Diócesis Católica de Jackson se verá afectada. Consulte los documentos de su plan proporcionados sobre la elegibilidad y la inscripción abierta o comuníquese con su proveedor o el administrador del plan para obtener una explicación y / o una copia de las disposiciones / opciones del plan de cobertura de medicamentos recetados disponibles para las personas elegibles para Medicare cuando sea elegible para la Parte D Medicare Individuos. Guía la obtiene en <http://www.cms.hhs.gov/CreditableCoverage/> que describe las disposiciones / opciones del plan de medicamentos recetados que las personas elegibles para Medicare pueden tener a su disposición cuando sean elegibles para la Parte D de Medicare.

Si decide afiliarse a un plan de medicamentos de Medicare y se cancela la cobertura actual de la Diócesis Católica de Jackson, tenga en cuenta que usted y sus dependientes no podrán recuperar esta cobertura. Consulte los documentos del plan o comuníquese con su proveedor o con el administrador del plan antes de tomar cualquier decisión.

Nota: En general, existen diferentes pautas para los jubilados con respecto a la cancelación de la cobertura y la capacidad de recuperar esa cobertura. Los jubilados que terminen o pierdan la cobertura no podrán volver al plan a menos que exista un lenguaje de contrato específico u otro acuerdo. Póngase en contacto con el administrador del plan para obtener más detalles.

¿Cuándo pagará una prima más alta (multa) para afiliarse a un plan de medicamentos de Medicare?

También debe saber que si cancela o pierde su cobertura actual con Catholic Diocese of Jackson y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días continuos posteriores a la finalización de su cobertura actual, es posible que deba pagar una prima más alta (una multa) para afiliarse más tarde a un plan de drogas.

Si transcurren 63 días seguidos o más sin cobertura acreditable de medicamentos recetados, su prima mensual puede aumentar al menos un 1% de la prima del beneficiario base de Medicare por mes por cada mes que no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si pasa 19 meses sin cobertura acreditable, su prima puede ser consistentemente al menos un 19% más alta que la prima del beneficiario base de Medicare. Es posible que deba pagar esta prima más alta (una multa) siempre que tenga cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que tenga que esperar hasta el próximo mes de octubre para unirse.

Para obtener más información sobre este aviso o su cobertura actual de medicamentos recetados...

Póngase en contacto con la persona que figura en este informe de notificaciones. Recibirá este aviso cada año. También lo obtendrá antes del próximo período de inscripción en el plan de medicamentos de la Parte D de Medicare y si esta cobertura a través de la Diócesis Católica de Jackson cambia. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para obtener más información sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare...

Encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados en el manual "Medicare y Usted". Cada año recibirá una copia del manual de Medicare en el correo. Usted también puede ser contactado directamente por los planes de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare: visite www.medicare.gov

Para obtener ayuda personalizada, llame a su programa estatal de asistencia en seguros de salud (consulte la portada posterior de su copia del manual "Medicare y usted" para obtener el número de teléfono).

Llame al 800-MEDICARE (800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al (877) 486-2048.

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

Recuerde mantener este aviso de cobertura acreditable. Si decide afiliarse a uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que se le solicite que proporcione una copia de este aviso cuando se inscriba para demostrar si ha mantenido o no una cobertura acreditable y, por lo tanto, si debe o no debe pagar un monto más alto, prima (una multa).