AVISOS DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE SALUD

Gibbs & Register, Inc.

1 de enero de 2027 – 31 de diciembre de 2027

Vigente a partir del 1 de enero de 2027



Proporcionado por: Acrisure LLC

RESUMEN DE AVISOS

Cada aviso en una línea. Haga clic en el nombre de un aviso para ir al aviso completo.

Aviso	Lo que le indica	Página
Asistencia para las Primas de Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)	Su estado puede ayudarle a pagar su parte de la prima si usted o sus hijos califican para Medicaid o CHIP.	3
Aviso General de los Derechos de Cobertura de Continuación de COBRA	Su derecho a continuar la cobertura de salud por un tiempo si terminara, y lo que debe hacer para protegerlo.	6
Divulgación de la Ley de No Discriminación por Información Genética (GINA)	No proporcione información genética, incluido el historial médico familiar, cuando se le pida información médica.	9
Opciones de Cobertura del Mercado de Seguros Médicos y su Cobertura de Salud	Cómo la cobertura del empleador afecta la elegibilidad para créditos fiscales del Mercado; los cuatro planes médicos cumplen con el valor mínimo.	10
Aviso de la Ley de Protección de la Salud de los Recién Nacidos y las Madres	Las estadías en el hospital después del parto están cubiertas por al menos 48 horas (96 horas después de una cesárea).	12
Aviso de Protección al Paciente	Los dos planes BlueCare HMO exigen elegir un proveedor de atención primaria; los planes BlueOptions PPO no. Todos permiten atención de obstetricia y ginecología sin referido.	12
Aviso de Cobertura Acreditable de Medicare Parte D	La cobertura de medicamentos es acreditable en tres planes; no lo es en el BlueCare HMO Lower Premium 54. Léalo si tiene o pronto tendrá Medicare.	13
Divulgación de la Ley de Paridad en Salud Mental y Equidad en las Adicciones (MHPAEA)	Los beneficios de salud mental y trastornos por uso de sustancias no pueden ser más restrictivos que los médicos y quirúrgicos.	14
Aviso de la Ley de Michelle	Un estudiante dependiente con una licencia médicamente necesaria de la escuela puede mantener la cobertura hasta por un año.	15
Sus Derechos y Protecciones Contra las Facturas Médicas Sorpresa	No se le puede facturar el saldo por atención de emergencia ni por ciertos proveedores fuera de la red en centros de la red.	16
Aviso de Prácticas de Privacidad	Cómo el plan usa y protege su información de salud, sus derechos de privacidad y cómo presentar una queja.	17
Aviso de Derechos de Inscripción Especial de HIPAA	Puede inscribirse a mitad de año dentro de los 30 días de perder otra cobertura o agregar un dependiente (60 días para Medicaid/CHIP).	19
Aviso de la Ley de Derechos sobre la Salud de la Mujer y el Cáncer (WHCRA)	El plan cubre la reconstrucción del seno y la atención relacionada después de una mastectomía, sujeto al deducible y coseguro normales.	20

Aviso de Medicare Parte D: vea la página 13. Si usted o un familiar cubierto tiene Medicare o será elegible para Medicare en los próximos 12 meses, léalo con atención. La cobertura de medicamentos recetados de los planes BlueOptions PPO 03768, BlueOptions PPO 05782 y BlueCare HMO 50 es acreditable; la del BlueCare HMO Lower Premium 54 (Generic Choices) no lo es.

Preguntas sobre estos avisos: Ashley Davis, Gerente de Recursos Humanos, 407-904-4970, adavis@gibbsreg.com.

Asistencia para las Primas de 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 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 las 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 o visite www.insurekidsnow.gov para saber cómo presentar una 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 las 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 una oportunidad de "inscripción especial", y **usted debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días de haberse determinado que es elegible para la asistencia con las primas.** Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento del Trabajo en www.askebsa.dol.gov o llame al 1-866-444-EBSA (3272).

Si usted vive en uno de los siguientes estados, es posible que sea elegible para recibir asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de julio de 2026. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad –

ALABAMA – Medicaid	**NEW HAMPSHIRE – Medicaid**
Sitio web: http://myalhipp.com/ Teléfono: 1-855-692-5447	Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Teléfono: 603-271-5218 Número gratuito del programa HIPP: 1-800-852-3345, ext. 15218 Correo electrónico: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov
ALASKA – Medicaid	**NEW JERSEY – Medicaid and CHIP**
The AK Health Insurance Premium Payment Program Sitio web: http://myakhipp.com/ Teléfono: 1-866-251-4861 Correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad para Medicaid: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx	Medicaid Sitio web: https://www.nj.gov/humanservices/dmahs/clients/medicaid Teléfono: 1-800-356-1561 CHIP Premium Assistance Teléfono: 609-631-2392 CHIP Sitio web: http://www.njfamilycare.org/index.html CHIP Teléfono: 1-800-701-0710 (TTY: 711)
ARKANSAS – Medicaid	**NEW YORK – Medicaid**
Sitio web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831
CALIFORNIA – Medicaid	**NORTH CAROLINA – Medicaid**
Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Sitio web: https://www.dhcs.ca.gov/services/health-insurance-premium-payment-program-cost-avoidance/ Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov	Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov/ Teléfono: 919-855-4100
COLORADO – Health First Colorado (Colorado's Medicaid Program) & Child Health Plan Plus (CHP+)	**NORTH DAKOTA – Medicaid**
Health First Colorado Sitio web: https://www.healthfirstcolorado.com/ Health First Colorado Member Contact Center: 1-800-221-3943 / State Relay 711 CHP+: https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus CHP+ Servicio al cliente: 1-800-359-1991 / State Relay 711 Health Insurance Buy-In Program (HIBI): https://www.mycohibi.com/ HIBI Servicio al cliente: 1-855-692-6442	Sitio web: https://www.hhs.nd.gov/healthcare Teléfono: 1-844-854-4825

FLORIDA – Medicaid	OKLAHOMA – Medicaid and CHIP
Sitio web: https://www.flmedicaidtplrecovery.com/flmedicaidtplrecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268	Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742
GEORGIA – Medicaid	**OREGON – Medicaid**
GA HIPP Sitio web: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162, oprima 1 GA CHIPRA Sitio web: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Teléfono: 678-564-1162, oprima 2	Sitio web: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-800-699-9075
ILLINOIS – Medicaid	**PENNSYLVANIA – Medicaid and CHIP**
Illinois Medicaid Premium Assistance Information Medicaid sitio web de solicitud: https://abe.illinois.gov HIPP Línea directa: 217-524-8268 HIPP Correo electrónico: hfs.boc.hipp@illinois.gov	Sitio web: https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html Teléfono: 1-800-692-7462 CHIP Sitio web: Children's Health Insurance Program (CHIP) (pa.gov) CHIP Teléfono: 1-800-986-KIDS (5437)
INDIANA – Medicaid	**RHODE ISLAND – Medicaid and CHIP**
Health Insurance Premium Payment Program All other Medicaid Sitio web: https://www.in.gov/medicaid/ http://www.in.gov/fssa/dfr/ Family and Social Services Administration Teléfono: 1-800-403-0864 Servicios para miembros Teléfono: 1-800-457-4584	Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 1-855-697-4347, or 401-462-0311 (Direct RIte Share Line)
IOWA – Medicaid and CHIP (Hawki)	**SOUTH CAROLINA – Medicaid**
Medicaid Sitio web: Iowa Medicaid | Health & Human Services Medicaid Teléfono: 1-800-338-8366 Hawki Sitio web: Hawki - Healthy and Well Kids in Iowa | Health & Human Services Hawki Teléfono: 1-800-257-8563 HIPP Sitio web: Health Insurance Premium Payment (HIPP) | Health & Human Services (iowa.gov) HIPP Teléfono: 1-888-346-9562	Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820
KANSAS – Medicaid	**SOUTH DAKOTA – Medicaid**
Sitio web: https://www.kancare.ks.gov/ Teléfono: 1-800-792-4884 HIPP Teléfono: 1-800-967-4660	Sitio web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059
KENTUCKY – Medicaid	**TEXAS – Medicaid**
Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP) Sitio web: https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Teléfono: 1-855-459-6328 Correo electrónico: KIHIPP.PROGRAM@ky.gov KCHIP Sitio web: https://kynect.ky.gov Teléfono: 1-877-524-4718 Kentucky Medicaid Sitio web: https://chfs.ky.gov/agencies/dms	Sitio web: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program | Texas Health and Human Services Teléfono: 1-800-440-0493
LOUISIANA – Medicaid	**UTAH – Medicaid and CHIP**
Louisiana Medicaid Sitio web: https://www.ldh.la.gov/healthy-louisiana Medicaid Línea de servicio al cliente: 1-888-342-6207 Louisiana Medicaid correo electrónico: healthy@la.gov Louisiana Health Insurance Premium Program (LaHIPP) Sitio web: https://www.ldh.la.gov/lahipp LaHIPP teléfono: 1-877-697-6703 LaHIPP correo electrónico: La.HIPP@la.gov LaHIPP fax: 1-888-716-9787 LaHIPP dirección postal: 100 Crescent Centre Parkway, Suite 1000, Tucker, GA 30084	Utah's Premium Partnership for Health Insurance (UPP) Sitio web: https://medicaid.utah.gov/upp/ Correo electrónico: upp@utah.gov Teléfono: 1-888-222-2542 Adult Expansion Sitio web: https://medicaid.utah.gov/expansion/ Utah Medicaid Buyout Program Sitio web: https://medicaid.utah.gov/buyout-program/ CHIP Sitio web: https://chip.utah.gov/
MAINE – Medicaid	**VERMONT – Medicaid**
Enrollment Sitio web: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Maine relay 711 Private Health Insurance Premium Webpage: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-977-6740 TTY: Maine relay 711	Sitio web: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program | Department of Vermont Health Access Teléfono: 1-800-250-8427
MASSACHUSETTS – Medicaid and CHIP	**VIRGINIA – Medicaid and CHIP**
Sitio web: https://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840 TTY: 711 Correo electrónico: masspremassistance@accenture.com	Sitio web: https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs Medicaid/CHIP Teléfono: 1-800-432-5924

MINNESOTA – Medicaid	WASHINGTON – Medicaid
Sitio web: https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/ Teléfono: 1-800-657-3672	Sitio web: https://www.hca.wa.gov/ Teléfono: 1-800-562-3022
MISSOURI – Medicaid	**WEST VIRGINIA – Medicaid and CHIP**
Sitio web: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005	Sitio web: https://dhhr.wv.gov/bms/ http://mywvhipp.com/ Medicaid Teléfono: 304-558-1700 CHIP Teléfono gratuito: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)
MONTANA – Medicaid	**WISCONSIN – Medicaid and CHIP**
Sitio web: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084 Correo electrónico: HHSHIPPProgram@mt.gov	Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002
NEBRASKA – Medicaid	**WYOMING – Medicaid**
Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178	Sitio web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Teléfono: 1-800-251-1269
NEVADA – Medicaid	
Medicaid Sitio web: http://dhcfp.nv.gov Medicaid Teléfono: 1-800-992-0900	

Para saber si otros estados han agregado un programa de asistencia con las primas desde el 31 de julio de 2026, o para obtener más información sobre los derechos de inscripción especial, comuníquese con alguno de los siguientes:

Departamento del Trabajo de EE. UU.
Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado
www.dol.gov/agencies/ebsa
1-866-444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.
Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
www.cms.hhs.gov
1-877-267-2323, opción del 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), ninguna persona está obligada a responder 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 PRA y esta tenga un número de control de la OMB actualmente válido, y el público no tiene la obligación de responder a una recopilación de información, a menos que esta tenga un número de control de la OMB actualmente válido. Consulte 44 U.S.C. 3507. 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 de la OMB actualmente válido. Consulte 44 U.S.C. 3512. 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 sobre el tiempo estimado o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas sugerencias para reducir este tiempo, a: 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, o por correo electrónico a ebsa.opr@dol.gov, haciendo referencia al número de control de la OMB 1210-0137.

Número de control de la OMB 1210-0137 (vence el 31/5/2029)

Aviso General de los Derechos de Cobertura de Continuación de COBRA

Introducción

Usted recibe este aviso porque recientemente obtuvo cobertura bajo un plan de salud grupal (el Plan de Salud Grupal de Gibbs & Register, Inc., en adelante "el Plan"). Este aviso contiene información importante sobre su derecho a la cobertura de continuación de COBRA, que es una extensión temporal de la cobertura bajo el Plan. **Este aviso explica la cobertura de continuación de COBRA, cuándo puede estar disponible para usted y su familia, y lo que usted debe hacer para proteger su derecho a obtenerla.** Cuando usted sea elegible para COBRA, también puede ser elegible para otras opciones de cobertura que pueden costar menos que la cobertura de continuación de COBRA.

El derecho a la cobertura de continuación de COBRA fue creado por una ley federal, la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA). La cobertura de continuación de COBRA puede estar disponible para usted y otros miembros de su familia cuando la cobertura de salud grupal terminaría de otro modo. Para obtener más información sobre sus derechos y obligaciones bajo el Plan y bajo la ley federal, revise la Descripción Resumida del Plan o comuníquese 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 calificar para costos más bajos en sus primas mensuales y en sus gastos de bolsillo. Además, puede calificar para un período de inscripción especial de 30 días en otro plan de salud grupal para el que sea elegible (como el plan de su cónyuge), aunque ese plan generalmente no acepte inscripciones tardías.

¿Qué es la cobertura de continuación de COBRA?

La cobertura de continuación de COBRA es una continuación de la cobertura del Plan cuando esta terminaría debido a un evento de vida, también llamado "evento calificador". Los eventos calificadores específicos se enumeran más adelante en este aviso. Después de un evento calificador, se debe ofrecer la cobertura de continuación de COBRA a cada persona que sea un "beneficiario calificado". Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios calificados si pierden la cobertura bajo el Plan debido al evento calificador. Bajo el Plan, los beneficiarios calificados que elijan la cobertura de continuación de COBRA deben pagar por ella.

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

- Se reducen sus horas de empleo, o
- Su empleo termina por cualquier motivo que no sea una falta grave de su parte.

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

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

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

- El padre o la madre empleado fallece;
- Se reducen las horas de empleo del padre o la madre empleado;
- El empleo del padre o la madre empleado termina por cualquier motivo que no sea una falta grave de su parte;
- El padre o la madre empleado adquiere derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas);
- Los padres se divorcian o se separan legalmente; o
- El hijo deja de ser elegible para la cobertura del Plan como "hijo dependiente".

¿Cuándo está disponible la cobertura de continuación de COBRA?

El Plan ofrecerá la cobertura de continuación de COBRA a los beneficiarios calificados solo después de que se haya notificado al Administrador del Plan que ocurrió un evento calificador. El empleador debe notificar al Administrador del Plan los siguientes eventos calificadores:

- La terminación del empleo o la reducción de las horas de empleo;
- El fallecimiento del empleado; o
- El derecho del empleado a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas).

Para todos los demás eventos calificadores (divorcio o separación legal del empleado y su cónyuge, o la pérdida de elegibilidad de un hijo dependiente para la cobertura como hijo dependiente), usted debe notificar al Administrador del Plan dentro de los 60 días después de que ocurra el evento calificador. Debe enviar este aviso a: Ashley Davis, Gerente de Recursos Humanos, Gibbs & Register, Inc., 232 S Dillard St., Winter Garden, FL 34787, 407-904-4970, adavis@gibbsreg.com.

¿Cómo se proporciona la cobertura de continuación de COBRA?

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

La cobertura de continuación de COBRA es una continuación temporal de la cobertura que generalmente dura 18 meses cuando se debe a la terminación del empleo o a la reducción de horas de trabajo. Ciertos eventos calificadores, o un segundo evento calificador durante el período inicial de cobertura, pueden permitir que un beneficiario reciba un máximo de 36 meses de cobertura.

Este período de 18 meses de cobertura de continuación de COBRA también puede extenderse de las siguientes maneras:

Extensión por discapacidad del período de 18 meses. Si el Seguro Social determina que usted o cualquier miembro de su familia cubierto bajo el Plan está discapacitado, y usted lo notifica oportunamente al Administrador del Plan, usted y toda su familia pueden tener derecho a recibir hasta 11 meses adicionales de cobertura de continuación de COBRA, por un máximo de 29 meses. La discapacidad debe haber comenzado en algún momento antes del día 60 de la cobertura de continuación de COBRA y debe durar al menos hasta el final del período de 18 meses. Para solicitar esta extensión, notifique por escrito al Administrador del Plan (consulte “Información de contacto del Plan” más abajo) e incluya una copia de la determinación de discapacidad de la Administración del Seguro Social, dentro de los 60 días después de la fecha de la determinación y antes de que termine el período original de 18 meses.

Extensión por un segundo evento calificador del período de 18 meses. Si su familia tiene otro evento calificador durante los 18 meses de cobertura de continuación de COBRA, el cónyuge y los hijos dependientes de su familia pueden obtener hasta 18 meses adicionales de cobertura, por un máximo de 36 meses, si se notifica debidamente al Plan sobre el segundo evento calificador. Esta extensión puede estar disponible para el cónyuge y los hijos dependientes que reciben la cobertura de continuación de COBRA si el empleado o ex empleado fallece; adquiere derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas); se divorcia o se separa legalmente; o si el hijo dependiente deja de ser elegible bajo el Plan como hijo dependiente. Esta extensión solo está disponible si el segundo evento calificador hubiera causado que el cónyuge o hijo dependiente perdiera la cobertura bajo el Plan si no hubiera ocurrido el primer evento calificador. Usted debe notificar por escrito al Administrador del Plan sobre un segundo evento calificador dentro de los 60 días después de que ocurra.

¿Existen 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 Médicos, Medicare, Medicaid, el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) u otras opciones de cobertura de un plan de salud grupal (como el plan de su cónyuge) mediante lo que se llama un “período de inscripción especial”. Algunas de estas opciones pueden costar menos que la cobertura de continuación de COBRA. Puede obtener más información sobre muchas de estas opciones en www.CuidadoDeSalud.gov.

¿Puedo inscribirme en Medicare en lugar de la cobertura de continuación de COBRA cuando termine mi cobertura del plan de salud grupal?

En general, si no se inscribe en la Parte A o B de Medicare cuando es elegible por primera vez porque todavía está empleado, después del período de inscripción inicial de Medicare usted tiene un período de inscripción especial de 8 meses (consulte https://www.medicare.gov/sign-up-change-plans/how-do-i-get-parts-a-b/part-a-part-b-sign-up-periods) para inscribirse en la Parte A o B de Medicare, que comienza en la fecha que ocurra primero entre:

- El mes siguiente a la terminación de su empleo; o
- El mes siguiente a la terminación de la cobertura del plan de salud grupal basada en su empleo actual.

Si no se inscribe en Medicare y elige la cobertura de continuación de COBRA, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte B y que tenga un período sin cobertura si más adelante decide que quiere la Parte B. Si elige la cobertura de continuación de COBRA y luego se inscribe en la Parte A o B de Medicare antes de que termine la cobertura de COBRA, el Plan puede terminar su cobertura de continuación. Sin embargo, si la Parte A o B de Medicare entra en vigencia en la fecha de la elección de COBRA o antes, la cobertura de COBRA no se puede suspender por el derecho a Medicare, aunque usted se inscriba en la otra parte de Medicare después de la fecha de elección de la cobertura de COBRA.

Si está inscrito tanto en la cobertura de continuación de COBRA como en Medicare, Medicare generalmente pagará primero (pagador primario) y la cobertura de COBRA pagará en segundo lugar. Ciertos planes pueden pagar como si fueran secundarios a Medicare, aunque usted no esté inscrito en Medicare. Para obtener más información, visite https://www.medicare.gov/medicare-and-you.

Si tiene preguntas

Las preguntas sobre su Plan o sus derechos de cobertura de continuación de COBRA deben dirigirse al contacto o los contactos que se indican más abajo. Para obtener más información sobre sus derechos bajo la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA), incluida COBRA, la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio 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 del Empleado (EBSA) del Departamento del Trabajo de EE. UU. en su área, o visite www.dol.gov/ebsa. (Las direcciones y los números de teléfono de las oficinas regionales y de distrito de la EBSA están disponibles en el sitio web de la EBSA.) Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.CuidadoDeSalud.gov.

Mantenga informado a su Plan sobre 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 su familia. También debe guardar una copia, para sus registros, de cualquier aviso que envíe al Administrador del Plan.

Información de contacto del Plan

Plan de Salud Grupal de Gibbs & Register, Inc. (planes médicos de Florida Blue). Administrador del Plan: Gibbs & Register, Inc., Atención: Ashley Davis, Gerente de Recursos Humanos, 232 S Dillard St., Winter Garden, FL 34787; 407-904-4970; adavis@gibbsreg.com. Administrador de COBRA: Medcom Benefit Solutions – 800-523-7542 Option 3.

Divulgación de la Ley de No Discriminación por Información Genética (GINA)

La Ley de No Discriminación por Información Genética de 2008 ("GINA") protege a los empleados contra la discriminación basada en su información genética. A menos que se permita lo contrario, su empleador no puede solicitar ni exigir ninguna información genética suya o de los miembros de su familia.

La GINA prohíbe a los empleadores y otras entidades cubiertas por el Título II de la GINA solicitar o exigir información genética de una persona o de un miembro de su familia, excepto en los casos específicamente permitidos por esta ley. Para cumplir con esta ley, le pedimos que no proporcione ninguna información genética al responder a cualquier solicitud de información médica. La "información genética", según la definición de la GINA, incluye el historial médico familiar de una persona, los resultados de las pruebas genéticas de una persona o de un miembro de su familia, el hecho de que una persona o un miembro de su familia haya buscado o recibido servicios genéticos, y la información genética de un feto que lleve una persona o un miembro de su familia, o de un embrión que mantenga legalmente una persona o un miembro de su familia que recibe servicios de reproducción asistida.

Opciones de Cobertura del Mercado de Seguros Médicos y su Cobertura de Salud

PARTE A: Información general

Aunque se le ofrezca cobertura de salud a través de su empleo, es posible que tenga otras opciones de cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos ("Mercado"). Para ayudarle a evaluar las opciones para usted y su familia, este aviso proporciona información básica sobre el Mercado de Seguros Médicos y la cobertura de salud que se ofrece a través de su empleo.

¿Qué es el Mercado de Seguros Médicos? El Mercado está diseñado para ayudarle a encontrar un seguro de salud que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El Mercado ofrece una "ventanilla única" para buscar y comparar opciones de seguro médico privado en su área geográfica.

¿Puedo ahorrar dinero en las primas de mi seguro médico en el Mercado? Es posible que califique para ahorrar dinero y reducir su prima mensual y otros gastos de bolsillo, pero solo si su empleador no ofrece cobertura, o si ofrece una cobertura que no se considera asequible para usted y que no cumple con ciertos estándares de valor mínimo (que se explican más abajo). Los ahorros para los que usted es elegible dependen de los ingresos de su hogar. También puede ser elegible para un crédito fiscal que reduce sus costos.

¿La cobertura de salud basada en el empleo afecta la elegibilidad para los ahorros en las primas a través del Mercado? Sí. Si tiene una oferta de cobertura de salud de su empleador que se considera asequible para usted y cumple con ciertos estándares de valor mínimo, no será elegible para un crédito fiscal, ni para un pago adelantado del crédito fiscal, para su cobertura del Mercado, y es posible que desee inscribirse en el plan de salud basado en su empleo. Sin embargo, puede ser elegible para un crédito fiscal y pagos adelantados del crédito que reduzcan su prima mensual, o para una reducción de ciertos costos compartidos, si su empleador no le ofrece cobertura en absoluto o no ofrece una cobertura que se considere asequible para usted o que cumpla con los estándares de valor mínimo. Si su parte del costo de la prima de todos los planes que se le ofrecen a través de su empleo es más del 10.22%[1] del ingreso anual de su hogar, o si la cobertura a través de su empleo no cumple con el estándar de "valor mínimo"[2] establecido por la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, puede ser elegible para un crédito fiscal y un pago adelantado del crédito si no se inscribe en la cobertura de salud basada en el empleo. Para los miembros de la familia del empleado, la cobertura se considera asequible si el costo de las primas del empleado para el plan de menor costo que cubriría a todos los miembros de la familia no excede el 10.22%[1] del ingreso del hogar del empleado.

Nota: Si compra un plan de salud a través del Mercado en lugar de aceptar la cobertura de salud que se ofrece a través de su empleo, es posible que pierda el acceso a lo que el empleador aporta a la cobertura basada en el empleo. Además, esta contribución del empleador, así como su contribución como empleado a la cobertura basada en el empleo, generalmente se excluye de los ingresos para fines de los impuestos federales y estatales. Sus pagos por la cobertura a través del Mercado se hacen después de impuestos. Además, tenga en cuenta que si la cobertura de salud que se ofrece a través de su empleo no cumple con los estándares de asequibilidad o de valor mínimo, pero usted acepta esa cobertura de todos modos, no será elegible para un crédito fiscal. Debe considerar todos estos factores al decidir si compra un plan de salud a través del Mercado.

¿Cuándo puedo inscribirme en una cobertura de seguro médico a través del Mercado? Puede inscribirse en un plan de seguro médico del Mercado durante el Período de Inscripción Abierta anual del Mercado. La inscripción abierta varía según el estado, pero generalmente comienza el 1 de noviembre y continúa al menos hasta el 15 de diciembre. Fuera del Período de Inscripción Abierta anual, puede inscribirse en un seguro de salud si califica para un Período de Inscripción Especial. En general, usted califica para un Período de Inscripción Especial si ha tenido ciertos eventos de vida calificadores, como casarse, tener un bebé, adoptar un niño o perder la elegibilidad para otra cobertura de salud. Según su tipo de Período de Inscripción Especial, puede tener 60 días antes o 60 días después del evento de vida calificador para inscribirse en un plan del Mercado.

¿Qué pasa con las alternativas a la cobertura de seguro médico del Mercado? Si usted o su familia son elegibles para la cobertura de un plan de salud basado en el empleo (como un plan de salud patrocinado por el empleador), usted o su familia también pueden ser elegibles para un Período de Inscripción Especial para inscribirse en ese plan de salud en ciertas circunstancias, incluso si usted o sus dependientes estaban inscritos en Medicaid o CHIP y perdieron esa cobertura. Por lo general, tiene 60 días después de la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP para inscribirse en un plan de salud

basado en el empleo. Confirme la fecha límite con su empleador o con su plan de salud basado en el empleo. Como alternativa, puede inscribirse en Medicaid o CHIP en cualquier momento llenando una solicitud a través del Mercado o presentándola directamente ante la agencia de Medicaid de su estado. Visite https://www.healthcare.gov/medicaid-chip/getting-medicaid-chip/ para obtener más detalles.

¿Cómo puedo obtener más información? Para obtener más información sobre la cobertura que le ofrece su empleador, consulte la descripción resumida de su plan o comuníquese con Ashley Davis, 232 S Dillard St., Winter Garden, FL 34787, 407-904-4970. El Mercado puede ayudarle a evaluar sus opciones de cobertura, incluida su elegibilidad para la cobertura a través del Mercado y su costo. Visite CuidadoDeSalud.gov para obtener más información, incluida una solicitud en línea de cobertura de seguro médico e información de contacto de un Mercado de Seguros Médicos en su área.

[1] Indexado anualmente; el 10.22% se aplica a los años del plan que comienzan en 2027 (IRS Rev. Proc. 2026-26). [2] Un plan de salud patrocinado por el empleador u otro plan basado en el empleo cumple con el "estándar de valor mínimo" si la parte que paga el plan del total de los costos de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costos. Para fines de elegibilidad para el crédito fiscal para las primas, para cumplir con el "estándar de valor mínimo", el plan de salud también debe ofrecer una cobertura sustancial tanto de los servicios hospitalarios para pacientes internados como de los servicios médicos.

PARTE B: Información sobre la cobertura de salud que ofrece su empleador

Esta sección contiene información sobre cualquier cobertura de salud que ofrezca su empleador. Si decide llenar una solicitud de cobertura en el Mercado, se le pedirá que proporcione esta información. La información está numerada para corresponder con la solicitud del Mercado.

3. Nombre del empleador Gibbs & Register, Inc.	4. Número de Identificación del Empleador (EIN) 59-3026022
5. Dirección del empleador 232 S Dillard St.	6. Teléfono del empleador 407-904-4970
7. Ciudad / 8. Estado / 9. Código postal Winter Garden, FL 34787	10. ¿Con quién podemos comunicarnos sobre la cobertura de salud de los empleados en este empleo? Ashley Davis, Gerente de Recursos Humanos
11. Teléfono (si es diferente al anterior) 407-904-4970	12. Correo electrónico adavis@gibbsreg.com

Esta es información básica sobre la cobertura de salud que ofrece este empleador:

- Como su empleador, ofrecemos un plan de salud a: ☒ Algunos empleados. Los empleados elegibles son: todos los empleados que trabajan regularmente un promedio de 30 horas o más por semana.
- Con respecto a los dependientes: ☒ Sí ofrecemos cobertura. Los dependientes elegibles son: cónyuges e hijos.
- ☒ Si está marcado, esta cobertura cumple con el estándar de valor mínimo, y el costo de esta cobertura para usted pretende ser asequible, según los salarios de los empleados.

Nota: Aunque su empleador pretenda que su cobertura sea asequible, es posible que usted aún sea elegible para un descuento en la prima a través del Mercado. El Mercado usará el ingreso de su hogar, junto con otros factores, para determinar si puede ser elegible para un descuento en la prima. Por ejemplo, si sus salarios varían de una semana a otra (quizás es un empleado por hora o trabaja a comisión), si es un empleado nuevo a mitad de año o si tiene otras pérdidas de ingresos, es posible que aún califique para un descuento en la prima.

Valor mínimo por plan: Los cuatro planes médicos de Florida Blue (BlueOptions PPO 03768, BlueOptions PPO 05782, BlueCare HMO 50 y BlueCare HMO Lower Premium 54) cumplen con el estándar de valor mínimo. El plan de menor costo que cumple con el valor mínimo es el BlueCare HMO Lower Premium 54; su elegibilidad para un crédito fiscal para las primas a través del Mercado generalmente se basa en el costo de la cobertura de Solo Empleado de ese plan, aunque usted se inscriba en otro plan o rechace la cobertura.

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

Por lo general, según la ley federal, los planes de salud grupales y las aseguradoras de salud no pueden restringir los beneficios de cualquier estadía en el hospital relacionada con el parto, para la madre o el recién nacido, a menos de 48 horas después de un parto vaginal o a 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 a su recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, según la ley federal, los planes y las aseguradoras no pueden exigir que un proveedor obtenga autorización del plan o de la aseguradora para recetar una estadía que no exceda las 48 horas (o 96 horas).

Aviso de Protección al Paciente

El plan de salud grupal de Gibbs & Register, Inc. ofrece cuatro planes médicos de Florida Blue para el año del plan 1 de enero de 2027 – 31 de diciembre de 2027. Los planes **BlueOptions PPO 03768 y BlueOptions PPO 05782** (red BlueOptions) **no exigen** la designación de un proveedor de atención primaria; puede consultar a cualquier proveedor participante y no necesita un referido para consultar a un especialista participante.

Los planes **BlueCare HMO 50 y BlueCare HMO Lower Premium 54** (red BlueCare HMO) **exigen** la designación de un proveedor de atención primaria. Usted tiene derecho a designar a cualquier proveedor de atención primaria que participe en la red BlueCare y que esté disponible para aceptarlo a usted o a los miembros de su familia. Hasta que usted haga esta designación, Florida Blue designará uno por usted. Para los niños, puede designar a un pediatra como proveedor de atención primaria. Para obtener información sobre cómo seleccionar un proveedor de atención primaria y una lista de los proveedores de atención primaria participantes, visite www.floridablue.com, llame al número de servicios para miembros que aparece en su tarjeta de identificación de Florida Blue o comuníquese con Ashley Davis en 232 S Dillard St., Winter Garden, FL 34787, 407-904-4970.

En los cuatro planes, usted no necesita autorización previa de Gibbs & Register, Inc., de Florida Blue ni de ninguna otra persona (incluido un proveedor de atención primaria) para obtener acceso a la atención obstétrica o ginecológica de un profesional de la salud de nuestra red que se especialice en obstetricia o ginecología. Sin embargo, es posible que el profesional de la salud deba cumplir con ciertos procedimientos, como obtener autorización previa para ciertos servicios, seguir un plan de tratamiento aprobado previamente o seguir procedimientos para hacer referidos. Para obtener una lista de los profesionales de la salud participantes que se especializan en obstetricia o ginecología, visite www.floridablue.com o comuníquese con Ashley Davis al 407-904-4970.

Aviso de Cobertura Acreditable de Medicare Parte D

Aviso importante de Gibbs & Register, Inc. sobre su cobertura de medicamentos recetados y Medicare

Lea este aviso con atención y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados con Gibbs & Register, Inc. y sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarle a decidir si desea o no inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si está considerando inscribirse, debe comparar su cobertura actual, incluidos los medicamentos que se cubren y a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su área. Al final de este aviso encontrará información sobre dónde obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados.

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 está disponible desde 2006 para todas las personas con Medicare. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare o en un Plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) que ofrezca cobertura de 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 por una prima mensual más alta.
2. Gibbs & Register, Inc. ha determinado que la cobertura de medicamentos recetados de sus planes para el año del plan 1 de enero de 2027 – 31 de diciembre de 2027 es la siguiente:

Plan médico	Estado de la cobertura de medicamentos	Lo que esto significa para usted
Florida Blue BlueOptions PPO 03768	Acreditable	Se espera que pague, en promedio, tanto como la cobertura estándar de medicamentos de Medicare. Puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una multa) si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.
Florida Blue BlueOptions PPO 05782	Acreditable	Igual que el anterior.
Florida Blue BlueCare HMO 50	Acreditable	Igual que el anterior.
Florida Blue BlueCare HMO Lower Premium 54 (Guía de Medicamentos Generic Choices)	No acreditable	NO se espera que pague tanto como la cobertura estándar de medicamentos de Medicare. Si solo tiene esta cobertura y más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, es posible que pague una prima más alta (una multa).

¿Cuándo puede inscribirse en 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. Si está inscrito en el BlueCare HMO Lower Premium 54, su cobertura de medicamentos no es acreditable, por lo que tal vez desee considerar inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare durante este período.

Sin embargo, si pierde su cobertura actual de medicamentos recetados acreditable (BlueOptions PPO 03768, BlueOptions PPO 05782 o BlueCare HMO 50) por causas ajenas a su voluntad, también será elegible para un Período de Inscripción Especial (SEP) de dos (2) meses para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Los meses en que esté inscrito solo en el BlueCare HMO Lower Premium 54 no lo protegen de una multa por inscripción tardía.

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

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura actual con Gibbs & Register, Inc. no se verá afectada. Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y cancelar su cobertura actual con Gibbs & Register, Inc., tenga en cuenta que usted y sus dependientes podrán recuperar esta cobertura solo en la próxima inscripción abierta o después de un evento calificador.

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

También debe saber que si cancela o pierde su cobertura actual con Gibbs & Register, Inc. y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días continuos después de que termine su cobertura actual, es posible que pague una prima más alta (una multa) para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. Si pasa 63 días continuos o más sin cobertura acreditable de medicamentos recetados, su prima mensual puede aumentar al menos un 1% de la prima base del beneficiario de Medicare por cada mes en que no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima puede ser siempre al menos un 19% más alta que la prima base del beneficiario de Medicare. Es posible que tenga que pagar esta prima más alta (una multa) mientras tenga cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que tenga que esperar hasta el siguiente mes de octubre para inscribirse.

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

Comuníquese con la persona que se indica más abajo para obtener más información. NOTA: Recibirá este aviso cada año. También lo recibirá antes del próximo período en que pueda inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, y si esta cobertura a través de Gibbs & Register, Inc. 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

En el manual “Medicare y Usted” encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados. Medicare le enviará una copia del manual por correo cada año. Es posible que los planes de medicamentos de Medicare también se comuniquen directamente con usted. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

- Visite www.medicare.gov
- Llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte el número de teléfono en la contraportada interior de su copia del manual “Medicare y Usted”) para recibir 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.ssa.gov o llame al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Recuerde: Guarde este aviso de Cobertura Acreditable. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que se le pida 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 pagar una prima más alta (una multa).

Fecha:	11/6/2026
Nombre de la entidad/remitente:	Gibbs & Register, Inc.
Contacto—Cargo/Oficina:	Ashley Davis, Gerente de Recursos Humanos
Dirección:	232 S Dillard St., Winter Garden, FL 34787
Teléfono:	407-904-4970

Divulgación de la Ley de Paridad en Salud Mental y Equidad en las Adicciones (MHPAEA)

La Ley de Paridad en Salud Mental y Equidad en las Adicciones de 2008 generalmente exige que los planes de salud grupales y las aseguradoras de salud se aseguren de que los requisitos financieros (como copagos y deducibles) y las limitaciones de tratamiento (como los límites anuales de visitas) que se aplican a los beneficios de salud mental o de trastornos por uso de sustancias no sean más restrictivos que los requisitos o limitaciones predominantes que se aplican a prácticamente todos los beneficios médicos y quirúrgicos. Para obtener información sobre los criterios para las determinaciones de necesidad médica que hace el plan para el año del plan 1 de enero de 2027 – 31 de diciembre de 2027 con respecto a los beneficios de salud mental o de trastornos por uso de sustancias, comuníquese con el administrador de su plan al 407-904-4970.

Aviso de la Ley de Michelle

De conformidad con la Ley de Michelle, usted recibe este aviso porque el plan de salud grupal de Gibbs & Register, Inc. ofrece cobertura para dependientes mayores de 26 años y basa la elegibilidad para dicha cobertura en la condición de estudiante. Cuando un hijo dependiente pierde la condición de estudiante para fines de la cobertura del plan de salud grupal de Gibbs & Register, Inc. como resultado de una licencia médicamente necesaria de una institución de educación postsecundaria, el plan continuará la cobertura durante la licencia hasta por un año, o hasta que la cobertura terminaría de otro modo bajo el plan, lo que ocurra primero.

Para ser elegible para continuar la cobertura como dependiente durante dicha licencia, el plan de salud grupal de Gibbs & Register, Inc. 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 la licencia (u otro cambio de inscripción) es médicamente necesaria. Para obtener información adicional, comuníquese con Ashley Davis, 232 S Dillard St., Winter Garden, FL 34787, 407-904-4970.

Sus Derechos y Protecciones Contra las Facturas Médicas Sorpresa

Cuando recibe atención de emergencia o lo atiende un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio de la red, usted está protegido contra la facturación del saldo. En estos casos, no se le debe cobrar más que los copagos, el coseguro o el deducible de su plan.

¿Qué es la "facturación del saldo" (a veces llamada "facturación sorpresa")?

Cuando consulta a un médico u otro proveedor de atención médica, es posible que deba ciertos gastos de bolsillo, como un copago, coseguro o deducible. Es posible que tenga costos adicionales 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 de su plan de salud.

"Fuera de la red" se refiere a los proveedores y centros que no han firmado un contrato con su plan de salud para prestar servicios. Es posible que a los proveedores fuera de la red se les permita facturarle la diferencia entre lo que paga su plan y el monto total cobrado por un servicio. Esto se llama "facturación del saldo". Es probable que este monto sea mayor que los costos dentro de la red por el mismo servicio y que no cuente para el deducible o el límite anual de gastos de bolsillo de su plan.

La "facturación sorpresa" es una factura de saldo inesperada. Esto puede ocurrir cuando usted no puede controlar quién participa en su atención, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una visita en un centro de la red pero inesperadamente lo atiende un proveedor fuera de la red. Las facturas médicas sorpresa podrían costar miles de dólares, según el procedimiento o 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 centro fuera de la red, lo máximo que pueden facturarle es el monto de costo compartido dentro de la red de su plan (como copagos, coseguro y deducibles). No se le puede facturar el saldo por estos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que pueda recibir después de estabilizarse, a menos que usted dé su consentimiento por escrito y renuncie a su protección contra la facturación del saldo por estos servicios posteriores a la estabilización.

Ciertos servicios en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio de la red. Cuando recibe servicios de un hospital o centro quirúrgico ambulatorio de la red, es posible que ciertos proveedores de ese lugar estén fuera de la red. En estos casos, lo máximo que esos proveedores pueden facturarle es el monto de costo compartido dentro de la red de su plan. Esto se aplica a los servicios de medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, asistente de cirujano, médico hospitalista o intensivista. Estos proveedores no pueden facturarle el saldo y no pueden pedirle que renuncie a su protección contra la facturación del saldo. Si recibe otros tipos de servicios en estos centros de la red, los proveedores fuera de la red no pueden facturarle el saldo, a menos que usted dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones.

Nunca está obligado a renunciar a su protección contra la facturación del saldo. Tampoco está obligado a recibir atención fuera de la red. Puede elegir un proveedor o centro de la red de su plan.

Cuando no se permite la facturación del saldo, usted también tiene estas protecciones:

- Usted solo es responsable de pagar su parte del costo (como los copagos, el coseguro y el deducible que pagaría si el proveedor o centro estuviera dentro de la red). Su plan de salud pagará directamente cualquier costo adicional a los proveedores y centros fuera de la red.
- Por lo general, su plan de salud debe: cubrir los servicios de emergencia sin exigirle que obtenga aprobación por adelantado (también llamada "autorización previa"); cubrir los servicios de emergencia de proveedores fuera de la red; basar lo que usted le debe al proveedor o centro (costo compartido) en lo que pagaría a un proveedor o centro de la red y mostrar ese monto en su explicación de beneficios; y contar cualquier monto que pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red para su deducible y límite de gastos de bolsillo dentro de la red.

Si cree que se le facturó incorrectamente, comuníquese con la Línea de Ayuda Sin Sorpresas, operada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., al 1-800-985-3059. Visite www.cms.gov/nosurprises/consumers para obtener más información sobre sus derechos según la ley federal.

Aviso de Prácticas de Privacidad

Gibbs & Register, Inc.
232 S Dillard St., Winter Garden, FL 34787
407-904-4970

Funcionaria de Privacidad:
Ashley Davis
232 S Dillard St., Winter Garden, FL 34787
407-904-4970

Fecha de vigencia: 1 de enero de 2027 (incluye protecciones para los registros de tratamiento de trastornos por uso de sustancias según 42 CFR Parte 2)

Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede usted obtener acceso a esta información. Revíselo con atención.

Sus derechos

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

Obtener una copia de sus registros de salud y de reclamaciones. Puede pedir ver u obtener una copia de sus registros de salud y de reclamaciones y de otra información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo. Le daremos una copia o un resumen de sus registros de salud y de reclamaciones, generalmente dentro de los 30 días de su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo.

Pedirnos que corrijamos sus registros de salud y de reclamaciones. Puede pedirnos que corrijamos sus registros de salud y de reclamaciones si cree que son incorrectos o están incompletos. Pregúntenos cómo hacerlo. Podemos decir “no” a su solicitud, pero le diremos por qué por escrito dentro de los 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales. Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, al teléfono de su casa o de su oficina) o que le enviemos el correo a otra dirección. Consideraremos todas las solicitudes razonables, y debemos decir “sí” si nos dice que estaría en peligro si no lo hacemos.

Pedirnos que limitemos lo que usamos o compartimos. Puede pedirnos que no usemos ni compartamos cierta información de salud para tratamiento, pago o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir “no” si afectaría su atención.

Obtener una lista de las personas con quienes hemos compartido información. Puede pedir una lista (registro) de las veces que hemos compartido su información de salud durante los seis años anteriores a la fecha de su solicitud, con quién la compartimos y por qué. Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las relacionadas con tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y ciertas otras divulgaciones (como las que usted nos pidió hacer). Le daremos un registro al año de forma gratuita, pero cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si pide otro dentro de los 12 meses.

Obtener una copia de este aviso de privacidad. Puede pedir una copia impresa de este aviso en cualquier momento, aunque haya aceptado recibirlo de forma electrónica. Le daremos una copia impresa de inmediato.

Elegir a alguien para que actúe en su nombre. Si usted le ha dado a alguien un poder notarial médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud. Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

Presentar una queja si cree que se han violado sus derechos. Puede presentar una queja si cree que hemos violado sus derechos comunicándose con Ashley Davis, 232 S Dillard St., Winter Garden, FL 34787, 407-904-4970. Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/. No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Sus opciones

Para cierta información de salud, usted puede decirnos sus preferencias sobre lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, hable con nosotros. Díganos lo que quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones. En estos casos, usted tiene tanto el derecho

como la opción de pedirnos que compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas que participan en el pago de su atención, y que compartamos información en una situación de ayuda en caso de desastre. Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo si está inconsciente, podemos compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad. En estos casos nunca compartimos su información a menos que nos dé permiso por escrito: fines de mercadeo y venta de su información.

Nuestros usos y divulgaciones

Ayudar a gestionar el tratamiento de atención médica que recibe. Podemos usar su información de salud y compartirla con los profesionales que lo tratan. Ejemplo: Un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos coordinar servicios adicionales.

Administrar nuestra organización. Podemos usar y compartir su información para administrar nuestra organización y comunicarnos con usted cuando sea necesario. No se nos permite usar información genética para decidir si le daremos cobertura ni el precio de esa cobertura. Esto no se aplica a los planes de cuidado a largo plazo. Ejemplo: Usamos información de salud sobre usted para desarrollar mejores servicios para usted.

Pagar por sus servicios de salud. Podemos usar y divulgar su información de salud al pagar por sus servicios de salud. Ejemplo: Compartimos información sobre usted con su plan dental para coordinar el pago de su trabajo dental.

Administrar su plan. Podemos divulgar su información de salud a Gibbs & Register, Inc., como patrocinador del plan, para la administración del plan, según lo permitan los documentos del plan. Ejemplo: Podemos dar a Gibbs & Register, Inc. información resumida de reclamaciones para evaluar los costos del plan o considerar cambios al plan.

¿De qué otras maneras podemos usar o compartir su información de salud? Se nos permite o se nos exige compartir su información de otras maneras, generalmente de formas que contribuyen al bien público, como la salud pública y la investigación. Debemos cumplir con muchas condiciones de la ley antes de poder compartir su información para estos fines: ayudar con asuntos de salud y seguridad pública (prevenir enfermedades, ayudar con el retiro de productos, informar reacciones adversas a medicamentos, informar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica, y prevenir o reducir una amenaza grave a la salud o seguridad de cualquier persona); hacer investigaciones; cumplir con la ley, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si desea comprobar que cumplimos con la ley federal de privacidad; responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un médico forense o director de funeraria; atender solicitudes de compensación laboral, de las fuerzas del orden, de supervisión de la salud y otras solicitudes del gobierno, incluidas funciones gubernamentales especiales como los servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial; y responder a demandas y acciones legales, en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación. Para obtener más información, consulte www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Registros de tratamiento de trastornos por uso de sustancias (42 CFR Parte 2)

Parte de la información de salud sobre usted puede provenir de un programa de tratamiento de trastornos por uso de sustancias que está sujeto a las normas federales de confidencialidad de 42 CFR Parte 2 (“registros de la Parte 2”). Los registros de la Parte 2 tienen protecciones adicionales. Si recibimos registros de la Parte 2 con base en su consentimiento por escrito para tratamiento, pago y operaciones de atención médica, podemos usarlos y divulgarlos como se describe en este aviso, excepto según lo limite la ley.

- **Procedimientos legales:** No usaremos ni divulgaremos los registros de la Parte 2, ni testimonios que describan la información que contienen, en ninguna investigación o procedimiento civil, penal, administrativo o legislativo en su contra, a menos que usted dé su consentimiento específico por escrito, o que un tribunal emita una orden junto con una citación u otro requisito legal que obligue a la divulgación, después de notificarle y darle la oportunidad de ser escuchado, según lo exige 42 CFR Parte 2.
- **Otras protecciones:** Cuando la Parte 2 u otra ley (incluida la ley estatal) proteja más sus registros de la Parte 2 que la HIPAA, seguiremos la ley que ofrezca más protección. Puede revocar por escrito un consentimiento que haya dado para el uso y la divulgación de los registros de la Parte 2, excepto en la medida en que ya hayamos actuado con base en él.

Nuestras responsabilidades

- La ley nos exige mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- Le informaremos de inmediato si ocurre una violación que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir con los deberes y las prácticas de privacidad que se describen en este aviso y darle una copia.
- No usaremos ni compartiremos su información de ninguna otra manera que no sea la que se describe aquí, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Avísenos por escrito si cambia de opinión.

Cambios a los términos de este aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a pedido, en nuestro sitio web, y le enviaremos una copia por correo.

Otra información

Este aviso se aplica al plan de salud grupal de Gibbs & Register, Inc., incluidos los planes médicos de Florida Blue con financiamiento nivelado. Las preguntas sobre este aviso pueden dirigirse a la Funcionaria de Privacidad, Ashley Davis, Gerente de Recursos Humanos, al 407-904-4970 o a adavis@gibbsreg.com.

Aviso de Derechos de Inscripción Especial de HIPAA

Si rechaza la inscripción para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a otro seguro de salud o cobertura de un plan de salud grupal, es posible que pueda inscribirse usted y sus dependientes en el plan de salud grupal de Gibbs & Register, Inc. si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir a su otra cobertura o a la de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días después de que termine su otra cobertura o la de sus dependientes (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).

Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, es posible que pueda inscribirse usted y sus nuevos dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

También puede haber derechos de inscripción especial si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP), o si se vuelven elegibles para un subsidio estatal de asistencia con las primas a través de Medicaid o CHIP. En cualquiera de estos casos, debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días después de la pérdida de la cobertura o de la determinación de elegibilidad.

Para solicitar la inscripción especial u obtener más información, comuníquese con Ashley Davis, Gerente de Recursos Humanos, Gibbs & Register, Inc., 232 S Dillard St., Winter Garden, FL 34787, 407-904-4970, adavis@gibbsreg.com.

Aviso de la Ley de Derechos sobre la Salud de la Mujer y el Cáncer (WHCRA)

Aviso de inscripción y aviso anual. Si se ha sometido o se va a someter a una mastectomía, es posible que tenga derecho a ciertos beneficios según la Ley de Derechos sobre la Salud de la Mujer y el Cáncer de 1998 (WHCRA). Para las personas que reciben beneficios relacionados con una 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 la reconstrucción del seno en el que se realizó la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción del otro seno para lograr 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 que se aplican a otros beneficios médicos y quirúrgicos de este plan. Deducibles dentro de la red y el coseguro que usted paga después del deducible:

- BlueOptions PPO 03768: $250 individual / $750 familiar; usted paga 0% de coseguro.
- BlueOptions PPO 05782: $2,000 individual / $6,000 familiar; usted paga 30% de coseguro.
- BlueCare HMO 50: $2,000 individual / $6,000 familiar; usted paga 30% de coseguro.
- BlueCare HMO Lower Premium 54: $5,000 individual / $10,000 familiar; usted paga 30% de coseguro.

Si desea más información sobre los beneficios de la WHCRA, llame al administrador de su plan al 407-904-4970.