

## Avisos legales

### Divulgación de protecciones al paciente

El Plan de salud de Spitzer Industries generalmente requiere la designación de un proveedor de atención primaria. Usted tiene el derecho de designar a cualquier proveedor de atención primaria que participe en nuestra red y que esté disponible para aceptarlo a usted y a sus familiares. Hasta que usted haga esta designación, Cigna designa uno por usted. Para obtener información sobre cómo seleccionar un proveedor de atención primaria y una lista de los proveedores de atención primaria participantes, póngase en contacto con Cigna llamando al 800.244.6224 o visitando [www.mycigna.com](http://www.mycigna.com).

En el caso de los niños, usted puede designar a un pediatra como proveedor de atención primaria.

No necesita autorización previa de Cigna 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 especializado en obstetricia o ginecología. Sin embargo, es posible que se requiera que el proveedor médico cumpla con ciertos procedimientos, incluida la obtención de autorización previa para ciertos servicios, seguir un plan de tratamiento preaprobado o procedimientos para hacer referencias. Para obtener una lista de profesionales de la salud participantes especializados en obstetricia o ginecología, póngase en contacto con Cigna llamando al 800.244.6224 o visitando [www.mycigna.com](http://www.mycigna.com).

### Ley de Derechos de Salud y el Cáncer de la Mujer

Si usted ha tenido o va a tener una mastectomía, puede tener derecho a ciertos beneficios bajo la Ley de Salud de la Mujer y Derechos de Pacientes con Cáncer de 1998 ("WHCRA"). Para las personas que reciben beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se proporcionará de una manera determinada en consulta con el médico tratante y el paciente, para:

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

Estos beneficios estarán sujetos a los mismos deducibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados bajo el plan. Por lo tanto, se aplican los siguientes deducibles y coseguro:

Plan 1: Plan central (Individual: 20% de coseguro y \$2,500 de deducible; Familiar: 20% de coseguro y \$5,000 de deducible)

Plan 2: Plan HDHP Silver (Individual: 0% de coseguro y \$6,000 de deducible; Familiar: 0% de coseguro y \$12,000 de deducible)

Plan 3: Plan HDHP Gold (Individual: 20% de coseguro y \$3,000 de deducible; Familiar: 20% de coseguro y \$6,000 de deducible)

Si desea recibir más información sobre los beneficios de WHCRA, llame al Administrador de su plan al 832.783.7151 o [roxanna.cardoza@spitzerind.com](mailto:roxanna.cardoza@spitzerind.com).

### Ley de protección de la salud de los recién nacidos y las madres

En virtud de la ley federal, los planes colectivos de salud y las aseguradoras por lo general no suelen limitar los beneficios por la duración de la hospitalización relacionada con el parto para la madre o el recién nacido a menos de 48 horas para un parto vaginal, o menos de 96 horas para una cesárea. Sin embargo, la ley federal en general 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 aseguradores no pueden, bajo la ley federal, solicitar que un proveedor obtenga una autorización del emisor del plan o del asegurador para recetar una estancia menor de 48 horas o de 96 horas.

Para revisar si otros estados han agregado un programa de asistencia de prima desde el 31 de julio de 2023 o para obtener más información sobre los derechos de inscripción especial, comuníquese con:

Departamento del Trabajo de EE. UU.  
Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados  
[www.dol.gov/agencies/ebsa](http://www.dol.gov/agencies/ebsa)  
1-866-444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.  
Centros para servicios de Medicare y Medicaid  
[www.cms.hhs.gov](http://www.cms.hhs.gov)  
1-877-267-2323, opción 4, ext. 61565

### **Declaración de la Ley de Reducción de Trámites**

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Pub. L. 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 muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El Departamento declara que una agencia federal no puede llevar a cabo o patrocinar una recopilación de información a menos que sea aprobada por la OMB bajo la PRA, y muestre un número de control de la OMB válido y vigente, y que el público no está obligado a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control de la OMB válido y vigente. Consulte 44 U.S.C. 3507. Además, a pesar de cualquier otra disposición de la ley, ninguna persona estará sujeta a penalizaciones por no cumplir con una recopilación de información si la recopilación de información no muestra un número de control de la OMB válido y vigente. Consulte 44 U.S.C. 3512.

Se estima que la carga de información pública para esta recopilación de información es de aproximadamente siete minutos por encuestado. Se recomienda a las partes interesadas que envíen sus comentarios sobre la estimación de la carga o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluyendo sugerencias para reducir esta carga, al Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, Administración de Seguridad de los Beneficios de los Empleados, Oficina de Políticas e Investigación, a la atención de: Funcionario de Autorización de ARP, 200 Constitution Avenue, NW, Oficina N-5718, Washington, DC 20210 o por correo electrónico [ebsa.opr@dol.gov](mailto:ebsa.opr@dol.gov) y hacer referencia al número de control OMB 1210-0137.

Número de control OMB 1210-0137 (expira 1/31/2026)

### **Recordatorio del aviso de prácticas de privacidad de HIPAA**

#### **Protegemos sus derechos de privacidad sobre información de salud**

Spitzer Industries está comprometida con la privacidad de su información médica. Los administradores del Plan Médico de Spitzer Industries (el "Plan") usan estrictos estándares de privacidad para proteger su información médica en contra del uso o divulgación no autorizados.

Las políticas del Plan que protegen sus derechos de privacidad, y sus derechos bajo la ley están descritos en el Aviso de Prácticas de Privacidad del Plan. Puede recibir una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad poniéndose en contacto con la Director de Recursos Humanos, Roxanna Cardoza, al 832.783.7151 o al [roxanna.cardoza@spitzerind.com](mailto:roxanna.cardoza@spitzerind.com).

## Derechos de inscripción especial de HIPAAA

### Aviso del Plan Médico de Spitzer Industries sobre sus Derechos de Inscripción Especial de HIPAA

Nuestros registros muestran que usted es elegible para participar en el Plan médico de Spitzer Industries (para participar realmente, debe completar el formulario de inscripción y pagar parte de la prima a través de una deducción de nómina).

Una ley federal llamada HIPAA nos obliga a notificarle acerca de una disposición importante en el plan, su derecho a inscribirse en el plan bajo su "disposición de inscripción especial" si tiene un nuevo dependiente, o si rechaza la cobertura de este plan para usted o para un dependiente elegible mientras otra cobertura está en efecto y luego pierde esa otra cobertura por ciertas razones calificadas.

**Pérdida de otra cobertura (excluyendo a Medicaid o a un Programa Estatal de Seguro Médico de los Niños).** Si usted rechaza la inscripción para usted o para un dependiente elegible (que incluye a su cónyuge) mientras está vigente otro seguro médico o cobertura de plan médico 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 a su otra cobertura o la de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores a la finalización de su otra cobertura o la de sus dependientes (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).

**Pérdida de la cobertura de Medicaid o de un Programa Estatal de Seguro Médico de los Niños.** Si usted rechaza la inscripción para usted o para un dependiente elegible (que incluye a su cónyuge) mientras la cobertura de Medicaid o la cobertura de un Programa Estatal de Seguro Médico de los Niños está vigente, usted y sus dependientes podrán inscribirse en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días después de que su cobertura o la de sus dependientes termine bajo Medicaid o un Programa Estatal de Seguro Médico de los Niños.

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

**Elegibilidad para la Asistencia de Prima bajo Medicaid o un Programa Estatal de Seguro Médico de los Niños -** Si usted o sus dependientes (que incluye a su cónyuge) son elegibles para recibir un subsidio estatal de asistencia para primas de Medicaid o a través de un Programa Estatal de Seguro Médico de los Niños en relación con la cobertura de este plan, es posible que usted y sus dependientes puedan inscribirse en este plan. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días después de que usted o sus dependientes determinen su elegibilidad para dicha asistencia.

Para solicitar la inscripción especial o para obtener más información sobre las disposiciones de inscripción especial del plan, póngase en contacto con Roxanna Cardoza, Director de Recursos Humanos, al 832.783.7151 o a [roxanna.cardoza@spitzerind.com](mailto:roxanna.cardoza@spitzerind.com).

### Advertencia importante

Si rechaza la inscripción para usted o para un dependiente elegible, debe completar nuestro formulario para rechazar la cobertura. Es necesario que, en el formulario, declare que la razón para rechazar la inscripción es que tiene cobertura bajo otro plan médico grupal u otra cobertura de seguro médico (incluyendo Medicaid o el Programa Estatal de Seguro Médico de los Niños) y que se le pidió identificar esa cobertura. Si no completa el formulario, usted y sus dependientes no tendrán derecho a la inscripción especial cuando pierdan la otra cobertura como se describió anteriormente, pero seguirá teniendo derechos de inscripción especial cuando tenga un nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, o en virtud de haber obtenido elegibilidad para el subsidio estatal de asistencia para primas de Medicaid o a través del Programa de Seguro Médico de los Niños en relación con la cobertura bajo este plan, como se describió anteriormente. Si no obtiene derechos de inscripción especiales luego de la pérdida de otra cobertura, no puede inscribirse usted o a sus dependientes en el plan en cualquier momento aparte del período anual de inscripción abierta del plan, a menos que se apliquen derechos de inscripción especiales debido a un nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o colocación. En adopción, o en virtud de obtener elegibilidad para un subsidio de ayuda de prima estatal de Medicaid o a través de un programa estatal de seguro médico para niños en relación con la cobertura bajo este plan.