

PLAN DE BENEFICIOS PARA EMPLEADOS 2022

Beneficios Anuales de Salud Y
Avisos de la Cobertura Acreditable
Preparado por: Timely Industries



Contenido

Aviso de Cobertura No Acreditable de Medicare Parte D	1,2	Medicaid Y CHIP	3,4,5
Ley de Derechos de Salud y Cáncer de las Mujeres (WHCRA)	2	COBRA	5
Ley de Protección de la Salud para Madres y Recién Nacidos	2	Aviso de Prácticas de Privacidad	6,7,8
Derechos de inscripción especial	2		

Aviso de Cobertura Acreditable de Medicare Parte D

Esta información puede ayudarle a decidir si desea o no inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

Hay dos cosas importantes que usted necesita saber acerca de su cobertura actual y la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

1. La cobertura de medicamentos con prescripción de Medicare se hizo disponible en 2006 para todos los beneficiarios de Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare o inscribirse en un Plan de Medicare Advantage (como un HMO o PPO) que ofrece cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare ofrecen al menos un nivel estándar de cobertura establecida por Medicare. Algunos planes pueden que ofrecer más cobertura para una prima mensual mas alta.
2. Su empleador ha determinado que la cobertura de medicamentos recetados ofrecido bajo las opciones del plan, en promedio para todos los participantes en el plan, se espera que pague tanto como lo que paga el estándar de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y por lo tanto es considerado Cobertura Acreditable. Porque su cobertura actual es Cobertura Acreditable, usted puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una multa) si decide en un tiempo más tarde a inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

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

Usted puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare cuando usted sea elegible por primera vez para Medicare y cada año a partir del 15 de Octubre a Diciembre 7th. Sin embargo, si usted pierde su cobertura acreditable de medicamentos actual, sin culpa suya, usted también será elegible para un Período de Inscripción Especial (SEP) de dos meses para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

¿Qué ocurre 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 a través de su empleador no será afectada. Si usted decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y detiene su cobertura médica actual, sea consciente de que usted y sus dependientes podrán obtener esta cobertura de nuevo.

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

Usted debe ser consciente tambien que si pierde o detiene su cobertura actual con su empleador y no se inscribe en un plan de Medicare despues de 63 días continuos o más sin cobertura de medicamentos recetados acreditable, su prima mensual puede subir por lo menos el 1% de la base de primas de Medicare por cada mes que usted no tendría esa cobertura

Por ejemplo, si va 19 meses sin cobertura acreditable, la prima podrá ser sistemáticamente al menos un 19% superior a la base de prima de Medicare. Pueda tener que pagar la prima más alta (multa) para la duración que tiene cobertura de Medicare. Además, usted pueda tener que esperar hasta el mes de octubre siguiente para inscribirse

Para obtener más información acerca de sus opciones de cobertura de medicamentos de Medicare

Se encuentra información más detallada sobre planes de Medicare de medicamentos recetados en el manual "Medicare & You." Usted recibirá una copia del manual por correo cada año. Tambien es posible que Medicare se comunique con usted directamente.

Para más información acerca de la cobertura de medicamentos de Medicare

- Visite www.medicare.gov;
- Llame a su programa de asistencia de Seguro de Salud del Estado (al final de la página del manual de "Medicare & You" encontrará el número de teléfono) para recibir ayuda personalizada; o
- Llame a 1-800-MEDICARE o (800) 633-4227. Los usuarios del TTY (teléfonos de texto) deben llamar a (877) 486-2048.

Aviso de Cobertura Acreditable de Medicare Parte D (continua)

¿Ingresos limitados?

Si usted tiene ingresos y recursos limitados, ayuda adicional para pagar su cobertura de medicamentos recetados de Medicare está disponible. Para obtener más información acerca de esta ayuda, visite el sitio web de Seguridad Social en www.socialsecurity.gov, o puede llamar al (800) 772-1213/TTY (800)-325-0778.

Recuerde: Mantenga este aviso de cobertura acreditable. Si usted decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, usted puede ser requerido a proporcionar una copia de este aviso cuando se inscribe para mostrar si sí o no usted ha mantenido la cobertura acreditable y si usted está obligado o no a pagar una prima más alta (una multa).

¿Preguntas?

Para obtener más información acerca de este aviso o de su cobertura actual comuníquese con Recursos Humanos. NOTA: Recibirá este aviso cada año. La notificación la recibirá antes del período de inscripción de Medicare, si es elegible o si la cobertura a través de su empleador cambia. Usted también puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Ley de Derechos de Salud y Cáncer de las Mujeres (WHCRA)

Como un beneficiario o participante del Plan que elige la reconstrucción mamaria en relación a una mastectomía también será cubierto por:

- Reconstrucción mamaria en el que se realiza la mastectomía
- Cirugía y reconstrucción del otro seno para producir la apariencia simétrica; y
- Prótesis y tratamiento de complicaciones físicas en todas las etapas de la mastectomía, incluyendo edemas linfáticos

Esta cobertura será proporcionada a usted después de la consulta con el médico tratante y la paciente, y estarán sujetos a las mismas disposiciones de coseguro y deducibles anuales que se aplican para la mastectomía. Este aviso se proporciona con fines informativos; no se requiere ninguna acción de su parte. Si usted tiene preguntas sobre este aviso, póngase en contacto con Servicio a Miembros (Member Services) con el número que se encuentra en su Tarjeta de Identificación médica.

Ley de Protección de la Salud para Madres y Recién Nacidos

Hospitalización en Relación con el Parto:

Los planes de salud de grupo y portadores de seguro médico generalmente no podrán, bajo la ley federal, restringir los beneficios para la duración de la hospitalización en relación con el parto para la madre o el niño recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o menos de 96 horas después de un parto por cesárea. Sin embargo, la ley federal no prohíbe que el médico atención de la madre o del recién nacido, después de una consulta con la madre, que de el alta a la madre o recién nacido antes de 48 horas o 96 horas (según corresponda). En cualquier caso, los planes y los portadores no podrán, bajo la ley federal, requerir que los proveedores obtengan autorización del plan o el portador de seguro para la prescripción de hospitalización que no exceda de 48 horas (o 96 horas).

Derechos de Inscripción Especial

Inscripción Abierta

Nuestra inscripción abierta es el periodo del año cuando usted puede hacer cambios a sus selecciones de beneficios como agregar/eliminar dependientes, cambiar de un plan a otro, etc.

Eventos Calificatorios

Eventos Calificatorios son circunstancias que ocurren durante el año que sea elegible usted o sus dependientes para beneficios: Matrimonio, nacimiento de un niño, adopción, pérdida involuntaria de la cobertura de un plan calificado, divorcio, separación legal, muerte del cónyuge o hijo dependiente. Tiene que inscribirse dentro de un plazo de 30 días después del evento de cualificación.

Medicaid & Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP)

Si usted es elegible para la cobertura médica de su empleador, pero no puede pagar las primas, sepa que algunos estados tienen programas de asistencia para las primas que pueden ayudar a pagar por la cobertura. Estos estados utilizan fondos de sus programas Medicaid o CHIP para ayudar a las personas que son elegibles para la cobertura de salud patrocinada por el empleador, pero que necesitan ayuda para pagar sus primas de salud. Para más información visite el sitio www.healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP puede comunicarse con su oficina estatal de Medicaid o CHIP para averiguar si la asistencia prima esta disponible. Si usted o sus dependientes NO están inscritos en Medicaid o CHIP, y usted piensa que usted o alguno de sus dependientes pueden ser elegibles para cualquiera de estos programas, usted puede comunicarse con su oficina de Medicaid o del Estado CHIP o marque al 1-877-KIDS NOW o conéctese al www.insurekidsnow.gov para averiguar cómo solicitarlo. Si usted califica, usted puede pedir al 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 de primas bajo Medicaid o CHIP, el plan de salud de su empleador está obligado a permitir que usted y sus dependientes se inscriban en el plan, a menos que usted y sus dependientes, ya estén inscritos en el plan del empleador. Esto se llama una oportunidad de “inscripción especial”, y usted debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días de ser elegible para asistencia con la prima. Si tiene preguntas acerca de la inscripción en el plan de su empleador comuníquese con el Departamento Laboral en www.askebsa.dol.gov o llame al 1-866-EBSA (3272).

Para ver si más estados tienen un programa de asistencia para pago de primas desde el 31 de enero, 2017 o para obtener más información sobre la inscripción especial, puede ponerse en contacto con:

US Dept of Labor (EBSA Division)
www.dol.gov/agencies/ebsa
 866-444-3272

US Dept of Health and Human Services (CMS Division)
www.cms.hhs.gov
 877-267-2323 menu option 4 ext. 61565

Si usted vive en uno de los estados a continuación, puede ser elegible para obtener asistencia con el pago de primas del plan de su empleador. A continuación encontrará una lista de estados actualizada del 31 de enero, 2017. Comuníquese con su estado para más información acerca de su elegibilidad.

<p>ALABAMA – Medicaid Sitio: http://myalhipp.com/ Teléfono: 1-855-692-5447</p>	<p>FLORIDA – Medicaid Sitio: http://flmedicaidtprecovery.com/hipp/ Teléfono: 1-877-357-3268</p>
<p>ALASKA – Medicaid El Programa del Pago de Primas AK Sitio: http://myakhipp.com/ Teléfono: 1-866-251-4861 Correo Electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad Medicaid: http://dhss.alaska.gov/dpa/Pages/medicaid/default.aspx</p>	<p>GEORGIA – Medicaid Sitio: http://dch.georgia.gov/medicaid– Haga clic en ‘Health Insurance Premium Payment (HIPP)’ Teléfono: 404-656-4507</p>
<p>ARKANSAS – Medicaid Sitio: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)</p>	<p>INDIANA – Medicaid Plan Saludable de Indiana para adultos de bajos ingresos 19-64 Sitio: http://www.hip.in.gov Teléfono: 1-877-438-4479 Otro Medicaid Sitio: http://www.indianamedicaid.com Teléfono 1-800-403-0864</p>
<p>COLORADO – Salud Primero Colorado (Medicaid de Colorado) Y Plan de Salud de Hijo+ (CHP+) Sitio de Salud Primero Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/ Servicio a Cliente de Salud Primero Colorado: 1-800-221-3943/ State Relay 711 CHP+: Colorado.gov/HCPF/Child-Health-Plan-Plus CHP+ Servicio a Cliente: 1-800-359-1991/ State Relay 711</p>	<p>IOWA – Medicaid Sitio: http://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp Teléfono: 1-888-346-9562</p>

Medicaid & CHIP (continua)

<p>KANSAS – Medicaid Sitio: http://www.kdheks.gov/hcf/ Teléfono: 1-785-296-3512</p>	<p>NEW HAMPSHIRE – Medicaid Sitio: http://www.dhhs.nh.gov/oii/documents/hippapp.pdf Teléfono: 603-271-5218</p>
<p>KENTUCKY – Medicaid Sitio: http://chfs.ky.gov/dms/default.htm Teléfono: 1-800-635-2570</p>	<p>NEW JERSEY – Medicaid y CHIP Sitio Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Teléfono Medicaid: 609-631-2392 Sitio CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono CHIP: 1-800-701-0710</p>
<p>LOUISIANA – Medicaid Sitio: http://dhh.louisiana.gov/index.cfm/subhome/1/n/331 Teléfono: 1-888-695-2447</p>	<p>NEW YORK – Medicaid Sitio: http://www.nyhealth.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831</p>
<p>MAINE – Medicaid Sitio: http://www.maine.gov/dhhs/ofi/public-assistance/index.html Teléfono: 1-800-442-6003/ TTY: Maine relay 711</p>	<p>NORTH CAROLINA – Medicaid Sitio: https://dma.ncdhhs.gov/ Teléfono: 919-855-4100</p>
<p>MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP Sitio: http://www.mass.gov/eohhs/gov/departments/masshealth/ Teléfono: 1-800-462-1120</p>	<p>NORTH DAKOTA – Medicaid Sitio: http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/ Teléfono: 1-844-854-4825</p>
<p>MINNESOTA – Medicaid Sitio: http://mn.gov/dhs/people-we-serve/seniors/health-care/health-care-programs/programs-and-services/medical-assistance.jsp Teléfono: 1-800-657-3739</p>	<p>OKLAHOMA – Medicaid y CHIP Sitio: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742</p>
<p>MISSOURI – Medicaid Sitio: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005</p>	<p>OREGON – Medicaid Sitio: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx http://www.oregonhealthcare.gov/index-es.html Teléfono: 1-800-699-9075</p>
<p>MONTANA – Medicaid Sitio: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084</p>	<p>PENNSYLVANIA – Medicaid Sitio: http://www.dhs.pa.gov/provider/medicalassistance/healthinsurancepremiumpaymenthippprogram/index.htm Teléfono: 1-800-692-7462</p>
<p>NEBRASKA – Medicaid Sitio: http://dhhs.ne.gov/Children_Family_Services/AccessNebraska/Pages/accessnebraska_index.aspx Teléfono: 1-855-632-7633</p>	<p>RHODE ISLAND – Medicaid Sitio: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 401-462-5300</p>
<p>NEVADA – Medicaid Sitio: https://dwss.nv.gov/ Teléfono: 1-800-992-0900</p>	<p>SOUTH CAROLINA – Medicaid Sitio: http://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820</p>
<p>SOUTH DAKOTA - Medicaid Sitio: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059</p>	<p>WASHINGTON – Medicaid Sitio: http://www.hca.wa.gov/free-or-low-cost-health-care/program-administration/premium-payment-program Teléfono: 1-800-562-3022 ext. 15473</p>
<p>TEXAS – Medicaid Sitio: http://gethipptexas.com/ Teléfono: 1-800-440-0493</p>	<p>WEST VIRGINIA – Medicaid Sitio: http://www.dhhr.wv.gov/bms/Medicaid%20Expansion/Pages/default.aspx Teléfono: 1-877-598-5820, HMS Third Party Liability</p>

Medicaid & CHIP (continua)

UTAH – Medicaid y CHIP Sitio Medicaid: https://medicaid.utah.gov/ Sitio CHIP: http://health.utah.gov/chip Teléfono: 1-877-543-7669	WISCONSIN – Medicaid y CHIP Sitio: https://www.dhs.wisconsin.gov/publications/p1/p10095.pdf Teléfono: 1-800-362-3002
VERMONT– Medicaid Sitio: http://www.greenmountaincare.org/ Teléfono: 1-800-250-8427	WYOMING – Medicaid Sitio: https://wyequalitycare.acs-inc.com/ Teléfono: 307-777-7531
VIRGINIA– Medicaid y CHIP Sitio Medicaid: http://www.coverva.org/programs_premium_assistance.cfm Teléfono Medicaid: 1-800-432-5924 Sitio CHIP: http://www.coverva.org/programs_premium_assistance.cfm Teléfono CHIP: 1-855-242-8282	

COBRA (La Ley Ómnibus de Conciliación Presupuestaria Consolidada)

La Ley Ómnibus de Conciliación Presupuestaria Consolidada (COBRA) de 1985

Un empleado cubierto bajo COBRA es un individual que actualmente es proporcionado cobertura de cuidado de salud grupal bajo las provisiones de COBRA a servicios del individual para una o más personas mantener el plan (incluyendo a un empleado como es definido en el Código del IRS 401 (c)(1).

Además al empleado cubierta cónyuge, o cualquier dependiente calificado del empleado o adoptado con la cobertura del empleado durante el periodo de continuación de cobertura.

Si usted o sus dependientes pasan por alguno de los siguientes eventos, será elegible para la continuación de cobertura COBRA:

- Terminación voluntaria de empleo
- Terminación involuntaria de empleo
- Reducción de horas ha resultado de un descanso o ausencia familiar o medica
- Muerte de empleado
- Derecho a Medicare del Empleado
- Divorcio o Separación Legal
- Dependiente se convierte inelegible

Derechos para Beneficiarios Calificado

Un beneficiario calificado tiene derecho a los planes de beneficios de una “manera similar a un empleado activo”. El cónyuge del empleado cubierto (o dependiente) tiene el mismo derecho bajo el plan como un empleado activo cuando ocurre un evento calificativo bajo COBRA.

Aviso de Prácticas de Privacidad

Sus Derechos	Sus Opciones	Nuestros Usos y Divulgaciones
<p>Usted tiene el derecho a:</p> <ul style="list-style-type: none">• Obtener una copia de sus registros médicos y reclamaciones• Corregir sus registros médicos y reclamaciones• Solicitar comunicación confidencial• Solicitar una limitación de la información que compartimos• Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información• Obtener una copia de este aviso de privacidad• Elegir a alguien que actúe para usted• Presentar una queja si usted siente que sus derechos son violados	<p>Usted tiene algunas opciones de la manera en que usamos y compartimos su información cuando nosotros:</p> <ul style="list-style-type: none">• Respondemos preguntas de cobertura de su familia y amigos• Proporcionamos alivio de desastres• Comercializamos nuestros servicios y vendemos su información	<p>Podemos usar y compartir su información cuando nosotros:</p> <ul style="list-style-type: none">• Ayudamos a administrar tratamiento del cuidado de salud que usted recibe• Administramos nuestra organización• Pagamos para sus servicios de salud• Administramos su plan de salud• Ayudamos con asuntos de salud pública y seguridad• Hacemos investigaciones• Consentimos con ley• Respondemos a solicitudes para donaciones de órganos y tejidos de un médico forense o director funerario• Dirigimos a la compensación de los trabajadores, la aplicación de la ley, y otras solicitudes del gobierno• Respondemos a demandas y acciones legales

Derechos

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

Obtenga una copia de los registros médicos y reclamaciones

- Usted puede solicitar una copia de sus registros médicos y reclamaciones o más información médica que tenemos acerca de usted. Pregúntenos cómo hacer esto.
- Le proporcionaremos a usted una copia o un resumen de sus registros médicos y reclamaciones, normalmente dentro de los 30 días de su solicitud. Puede que se cargue una tarifa razonable.

Consúltenos para corregir sus registros de salud y reclamaciones

- Usted puede pedir que nosotros corrijamos sus registros de salud y reclamaciones si piensa usted que son incorrectos o incompletos. Pregúntenos cómo hacer esto .
- Podemos decir que "no" a su solicitud, pero le diremos el por qué, por escrito dentro de los 60 días.

Solicite comunicaciones confidenciales

- Usted puede pedir que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono de casa o de la oficina) o para enviar un correo electrónico a una dirección diferente.
- Responderemos "sí" a su solicitud, siempre y cuando ésta sea razonable.

Consúltenos para limitar lo que usamos o compartimos

- Usted puede pedirnos que no usemos o compartamos cierta información de salud para tratamiento, pago, o nuestras operaciones.
 - No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir que "no" si esto afectara a su cuidado.
- Si usted paga por un servicio o producto del salud fuera-del-bolsillo, usted puede pedirnos que no compartamos su información para fines de pago o nuestras operaciones con su portador del seguro.
 - Vamos a decir que "sí" a menos que la ley nos obligue a compartir esa información.

Obtenga una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información

- Usted puede pedir una lista (de contabilidad) de las veces que hemos compartido su información de salud de los seis años anteriores hasta la fecha en que usted solicita la información, con quienes la hemos compartido, y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto aquellas relacionadas con el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y algunas otras divulgaciones (como cualquier otra que usted nos haya pedido hacer). Proporcionaremos una contabilidad gratis al año, pero cobramos una tarifa razonable si pide otro dentro de 12 meses.

Obtenga una copia de este aviso de privacidad

- Usted puede solicitar una copia en papel de este aviso en cualquier momento, incluso si usted ha acordado recibir el aviso electrónicamente. Le proporcionaremos una copia en papel prontamente.
 - Nos aseguraremos de que la persona tenga autoridad y pueda actuar por usted antes de tomar cualquier acción.

Aviso de Prácticas de Privacidad (continua)

Sus Derechos

Elija a alguien que actúe por usted

- Si usted ha dado a alguien el poder médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede administrar sus derechos y tomar decisiones acerca de su información de salud.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga autoridad y puede actuar por usted antes de tomar cualquier acción.

Presente una queja si usted siente que sus derechos son violados

- Usted puede quejarse si cree que hemos violado sus derechos poniéndose en contacto con nosotros, utilizando la información de la página 1.
- Usted puede presentar una queja con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles mediante el envío de una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20211, 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 opciones sobre lo que compartimos.

Si usted tiene una preferencia de la manera en que compartamos su información en las situaciones descritas a continuación, hable con nosotros. Díganos lo que quiere, y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene el derecho y opción para decirnos como:

- Compartir información con su familia, amigos, u otros implicados en el pago para su cuidado de salud
- Compartir información en una situación del alivio de desastre
- Incluir su información en el directorio del hospital

Si no es capaz de decirnos su preferencia, por ejemplo si usted está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es en su mejor interés. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente a su salud o a su seguridad.

En estos casos, nunca compartimos su información a menos que usted nos dé permiso por escrito:

- Propósitos de mercadotecnia
- La venta de su información
- La mayoría de intercambio de notas de psicoterapia

En el caso de la recaudación de fondos:

- Es posible que le contactemos a usted para fines de recaudación de fondos, pero nos puede decir que no lo contactemos de nuevo.

Nuestros Usos y Divulgaciones

¿Cómo usamos o compartimos su información de salud típicamente?

Normalmente utilizamos o compartimos su información médica en las siguientes maneras:

- **El Tratamiento:** Podemos usar su información de salud y compartirla con profesionales que estén administrando su tratamiento.
Ejemplo: El médico que lo atiende por una lesión le pregunta a otro médico acerca de su estado general de salud.
- **Administración de nuestra organización:** Podemos usar y compartir su información médica para administrar nuestra práctica, mejorar su atención, y contactarlo cuando sea necesario.
Ejemplo: Podemos utilizar la información médica sobre usted para gestionar su tratamiento y servicios.
- **Facturación de sus servicios:** Podemos usar y compartir su información médica para facturar y recibir el pago de planes de salud o de otras entidades.
Ejemplo: Le proporcionamos información sobre usted a su plan de seguro de salud para pagar por servicios.
- **Administración del plan:** Podemos divulgar su información de salud a su patrocinador del plan para administración.
Ejemplo: Su empresa se comunico con nosotros para ofrecer un plan de salud, y proporcionamos a su compañía ciertas estadísticas para explicar las primas que cobramos.

Aviso de Prácticas de Privacidad (continua)

¿En qué otras maneras podemos usar o divulgar su información de salud?

Estamos permitidos o requeridos a compartir su información de otras maneras - generalmente en formas que contribuyen al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir con estas condiciones de acuerdo a la ley antes de que podamos compartir su información para estos fines. Para obtener más información, visite: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Ayudar con temas de salud y seguridad pública

- Podemos compartir información de salud sobre usted para situaciones determinadas, tales como:
 - La prevención de enfermedad
 - Ayuda con productos que tienen que ser retirados del mercado
 - Notificación de las reacciones adversas a los medicamentos
 - Informar sobre sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica
 - Prevenir o reducir una amenaza grave a la salud o la seguridad

Hacer Investigación

- Podemos usar o compartir su información para la investigación de la salud.

Cumplir con la ley

- Compartiremos información acerca de usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluyendo el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quiere ver que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos

- Podemos compartir información de salud sobre usted con organizaciones de obtención de órganos.

Trabajar con un médico forense o director funerario

- Podemos compartir información de salud con un médico forense o director funerario cuando una persona muere.

Dirigir la Compensación de los Trabajadores, el cumplimiento de la ley, y otras solicitudes del gobierno

- Podemos usar o divulgar información de salud sobre usted:
 - Para las reclamaciones de Compensación de los Trabajadores
 - Para efectos de la aplicación de la ley o con un oficial de cumplimiento de la ley
 - Con los organismos de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley
 - Para funciones especiales del gobierno como funciones militares, de seguridad nacional, y servicios de protección presidencial

Responder a las demandas y acciones legales

Podemos compartir información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

Nuestras Responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener y proteger la privacidad y seguridad de su información de salud.
- Le informamos inmediatamente si hay una violación que pueda comprometer la privacidad y seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en este aviso y proporcionar a usted una copia.
- No vamos a utilizar o compartir su información excepto como se describe aquí, a menos que nos lo notifique por escrito. Si nos dice que podemos, usted puede cambiar de opinión en cualquier momento. Notifíquelo por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información, consulte: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Cambios en los Términos de este Aviso

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

Este aviso es efectivo a partir del 1 de enero del 2022.

Para Preguntas Adicionales Comuníquese Con:

Recursos Humanos

Obdulia Michel

hrmanager@timelyframes.com

10241 Norris Ave, Pacoima, CA 91331

(818) 492-3500