

SEIU HEALTHCARE NW HEALTH BENEFITS TRUST

DOCUMENTO INTEGRAL DE LA DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL PLAN

1 de agosto de 2023

El SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust ofrece diversos planes de beneficios de salud a los empleados participantes y, en determinadas opciones, a sus dependientes. El administrador de reclamos o la aseguradora de cada opción de beneficios entregará a los empleados participantes un paquete, certificado o folleto en el que se proporcionará una descripción completa de las normas, los beneficios y las circunstancias bajo las cuales se conceden los beneficios.

Esta Descripción resumida del plan complementa estos documentos. En ella se proporciona a los participantes del SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust información general sobre el Fideicomiso e información adicional que exige una ley federal conocida como Ley de Garantía de Ingresos por Jubilación para los Empleados de 1974 (Employee Retirement Income Security Act, ERISA). La información la proporcionan los fideicomisarios del SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust, quienes son el Patrocinador del plan. Esta información no pretende otorgar derechos sustantivos a beneficios que no estén ya previstos en los planes de salud que se ofrecen a los trabajadores.

Este Documento integral incluye los siguientes documentos:

- **Descripción resumida del plan**

Incluye información sobre la elegibilidad e inscripción (Sección i); la posibilidad de continuar con la cobertura mediante el pago por cuenta propia (Sección k); e información sobre cómo presentar reclamos y apelaciones (Sección o).

- a. Nombre del Plan.
- b. Nombre, dirección y número de teléfono de las organizaciones que establecieron el Plan.
- c. Números de identificación.
- d. Tipo de Plan y Programas de beneficios.
- e. Tipo de administración y Oficina del Fideicomiso.
- f. Administrador del plan.
- g. Transparencia.
- h. Nombre y dirección del agente para las notificaciones de citaciones.
- i. Descripción de los acuerdos de negociación.
- j. Elegibilidad e inscripción.
- k. Circunstancias que pueden dar lugar a la inelegibilidad o denegación de beneficios o a la modificación o terminación del Fideicomiso.
- l. Continuación de cobertura.
- m. Fuente de las contribuciones.
- n. Métodos que se emplean para la acumulación de activos.
- o. Fin del año del fideicomiso.
- p. Procedimientos para presentar reclamos y apelar determinaciones adversas de beneficios.
- q. Ley de Protección de la Salud de los Recién Nacidos y las Madres (Newborns' and Mothers' Health Protection Act).
- r. Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer (Women's Health and Cancer Rights Act).
- s. Cobertura de medicamentos recetados y Medicare.
- t. Declaración de derechos legales.

- **Aviso de prácticas de privacidad**
Proporciona información sobre cómo se puede utilizar o divulgar su información médica.
- **Aviso del programa de seguro médico para niños**
- **Ampliación de los plazos debido al COVID-19**

DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL PLAN

a. Nombre del plan:

El SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust (el “Fideicomiso”) es un plan de beneficios de bienestar para empleados, según se define en la ley federal.

b. Nombre, dirección y número de teléfono de las organizaciones que establecieron el plan

El Fideicomiso fue creado por el Sindicato Internacional de Empleados de Servicio (Service Employees International Union, SEIU) 775 y las empresas que emplean a trabajadores de atención domiciliaria representados por el SEIU 775, incluido el estado de Washington. La dirección y número de teléfono del SEIU 775 son los siguientes:

SEIU 775
215 Columbia Street
Seattle, WA 98104
Teléfono: (866) 371-3200

La dirección y el número de teléfono del Departamento de Servicios Sociales y de Salud del Estado de Washington (Washington State Department of Social and Health Services) son los siguientes:

Washington State Department of Social and Health Services
P.O. Box 45130
Olympia, Washington 98504-5130
Teléfono: (800) 737-0617

La dirección y el número de teléfono de Consumer Direct Care Network of Washington

son los siguientes: Consumer Direct Care Network of Washington
3450 S 344th Way, Suite 200
Federal Way, WA 98001
Teléfono: 866-214-9899

El patrocinador del plan es la Junta del SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust. La dirección y número de teléfono de la Junta son los siguientes:

Board of Trustees
SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust 215
Columbia Street, Suite 300
Seattle, WA 98104

Los participantes y beneficiarios pueden obtener una lista completa de los empleadores y de las organizaciones de empleados que patrocinan el Fideicomiso previa solicitud por escrito al administrador del plan y está disponible para su revisión. Los participantes y beneficiarios podrán recibir del administrador del plan, previa solicitud

por escrito, información sobre si un determinado empleador u organización de empleados es patrocinador del Plan y, de ser así, la dirección del patrocinador.

c. Números de identificación

El número de identificación fiscal asignado al Fideicomiso por el Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) es el 20- 1842198. El número del Plan asignado por el Fideicomiso es 501.

d. Tipo de plan y programas de beneficios

El Fideicomiso es un plan de beneficios de bienestar para los empleados. Proporciona beneficios médicos, dentales y auxiliares. El Fideicomiso ofrece opciones médicas autofinanciadas y aseguradas, así como una opción dental autofinanciada y asegurada. Si desconoce qué opciones del plan pueden brindarle cobertura, llame a la Oficina Administrativa del Fideicomiso a la dirección y número de teléfono que figuran en la sección e. Actualmente los planes son los siguientes:

Planes médicos y de medicamentos recetados

Plan médico y de medicamentos recetados autofinanciado

Kaiser Foundation Health Plan of Washington
Options, Inc.
Plan médico, de medicamentos recetados y de atención de la vista
(888) 901-4636
www.kp.org/wa

Kaiser Foundation Health Plan of Washington
(Básico/EPO [Exclusive Provider Organization, organización de proveedores exclusivos])
Plan médico, de medicamentos recetados y de atención de la vista
(888) 901-4636
www.kp.org/wa

Plan médico autofinanciado

Aetna Life Insurance Company
151 Farmington Avenue
Hartford, CT 06156
(855) 736-9469
www.aetna.com

Prescription Drug with Aetna Medical (Sav-Rx)

Sav-Rx Prescription Services
224 North Park Avenue Fremont,
NE 68025
(800) 228-3108
www.savrx.com

Plan médico asegurado

Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest
(condados de Oregon y Clark y Cowlitz)
Plan médico y de
atención de la vista
(800) 813-2000
www.kp.org

El área de servicio es Oregón y los condados de Clark y
Cowlitz en Washington.

**Planes de atención
odontológica**

Plan de atención odontológica autoasegurado

Administración de reclamos por
Delta Dental of Washington,
Seattle: (800) 554-1907
www.deltadentalwa.com

Plan de atención odontológica EPO

Willamette Dental of Washington, Inc. (855) 433-
6825
www.willametedental.com

Resumen de los beneficios

Puede encontrar un resumen de los beneficios médicos y odontológicos que le corresponden consultando los resúmenes proporcionados por Kaiser Foundation Health Plan of Washington Options, Inc., Kaiser Foundation Health Plan of Washington, Aetna/Sav-Rx, Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest, Willamette Dental of Washington, Inc. y Delta Dental of Washington. Además, los participantes y beneficiarios que lo soliciten a la Oficina Administrativa del Fideicomiso podrán obtener gratuitamente un cuadro detallado de los beneficios.

Resumen de beneficios y cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC): el SBC de cada opción está disponible para consultarlo e imprimirlo en los siguientes idiomas:

Inglés Ruso	Chino simplificado
Español	Ucraniano
Coreano	Árabe
Vietnamita	Jemer
	Somalí
	Punyabí

en www.myseiubenefits.org/health/sbc/. También puede solicitar gratuitamente una copia escrita del SBC llamando a MagnaCare al (877) 606-6705.

e. Tipo de administración y Oficina del Fideicomiso

El Fideicomiso está totalmente asegurado con respecto a los beneficios médicos proporcionados por Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest (Oregón) y los beneficios odontológicos proporcionados por Willamette Dental of Washington, Inc. Esto significa que los beneficios se proporcionan en virtud de contratos de seguro colectivo entre el Fideicomiso y estas aseguradoras. Las compañías de seguros son responsables del pago

Descripción resumida del plan del SEIU
Healthcare NW Health Benefits Trust

de los beneficios, no el Fideicomiso. Las compañías de seguros se encargan de toda la administración de reclamos correspondiente a dichos beneficios.

El Fideicomiso se autofinancia con respecto a los beneficios médicos administrados por Kaiser Foundation Health Plan of Washington, Kaiser Foundation Health Plan of Washington Options, Inc., Aetna/Sav-Rx y los beneficios odontológicos administrados por Delta Dental of Washington. El Fideicomiso tiene contratos con Kaiser Foundation Health Plan of Washington, Kaiser Foundation Health Plan of Washington Options, Inc., Aetna/Sav-Rx y Delta Dental of Washington para administrar los reclamos que se efectúan por estos beneficios médicos y odontológicos autofinanciados. Sin embargo, el Fideicomiso es financieramente responsable del pago de todos los reclamos médicos y odontológicos en virtud de estas opciones.

La administración general del Fideicomiso (p. ej., la tramitación de primas y la elegibilidad, el enlace con las compañías de seguros, el servicio al cliente, los informes del IRS, etc.) la lleva a cabo la Junta de Fideicomisarios, con la asistencia del siguiente administrador de contratos:

MagnaCare
P.O. Box 24811
Seattle, WA 98124
Teléfono: (877) 606-6705
Fax: (516) 723-7395
www.mycreatehealth.com

Los empleados cubiertos que tengan preguntas para el Fideicomiso en relación con la elegibilidad, la tramitación de primas y el servicio al cliente se deben comunicar con MagnaCare al (877) 606-6705.

f. Administrador del plan:

La Junta de SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust está compuesta por el Administrador del plan, el Patrocinador del plan y el Fiduciario designado del Fideicomiso. Los nombres y direcciones de los miembros de la Junta de Fideicomisarios son los siguientes:

FIDEICOMISARIOS DEL SINDICATO

Sterling Harders, presidente,
SEIU 775
215 Columbia Street
Seattle, WA 98104

Adam Glickman
Secretario-Tesorero, SEIU 775
215 Columbia Street
Seattle, WA 98104

Brittany Williams
Miembro, SEIU 775 y Home Care Aide 215
Columbia Street
Seattle, WA 98104

Dani Rice
Miembro, SEIU 775 y Home Care Aide 215
Columbia Street
Seattle, WA 98104

Shaine Truscott
Vicepresidente, SEIU 775
215 Columbia Street
Seattle, WA 98104

Tangie Webb
Vicepresidente, SEIU 775
215 Columbia Street
Seattle, WA 98104

**FIDEICOMISARIOS DEL
EMPLEADOR**

Louis McDermott, vicepresidente y
subdirector, Washington State Health
Care Authority
628 8th Avenue SW Olympia,
WA 98501

Mark Robinson, secretario
presidente de mercado -
Oeste, Addus HomeCare,
con atención a SEIU Healthcare NW
Health Benefits Trust
215 Columbia Street, Suite 300
Seattle, WA 98104

Aileen Pick
Directora de Relaciones Laborales,
Consumer Direct Care Network
Washington 3450 S. 344th Way, Suite
200 Federal Way, WA 98001

Eric Erickson
Director Ejecutivo, CDM Services
2409 Broadway Street
Spokane, WA 99205

Steven Hill
Jubilado
con atención a SEIU Healthcare NW
Health Benefits Trust
215 Columbia Street, Suite 300
Seattle, WA 98104

g. Transparencia

En virtud de las leyes de transparencia de los planes de salud, el Fideicomiso pone a su disposición determinada información sobre los costos de los artículos y servicios cubiertos. Para obtener más información, visite <https://www.myseiubenefits.org/health/health-plan-transparency/>.

h. Nombre y dirección del agente para las notificaciones de citaciones

El Responsable de Cumplimiento está designado como agente para aceptar notificaciones de citaciones judiciales en nombre del Fideicomiso.

A efectos de notificaciones, el Responsable de Cumplimiento se encuentra en:

SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust 215
Columbia St., Suite 300
Seattle, WA 98104

Cada Fideicomisario mencionado anteriormente también está autorizado a aceptar notificaciones de citaciones judiciales en nombre del Fideicomiso.

i. Descripción de los acuerdos de negociación

El Fideicomiso se mantiene en virtud de múltiples acuerdos de negociación colectiva. Puede obtener una copia del acuerdo de negociación colectiva en virtud del cual recibe sus beneficios previa solicitud por escrito a la Oficina del Fideicomiso. Los acuerdos de negociación colectiva también están a disposición de los participantes y beneficiarios para que los examinen en la Oficina del Fideicomiso. Los Fideicomisarios podrán imponer una tarifa razonable para cubrir el costo de proporcionar copias del acuerdo. Se puede informar sobre el importe de las tarifas antes de solicitar copias.

j. Elegibilidad e inscripción

1. Elegibilidad inicial: para empleados A continuación, se resumen los requisitos iniciales de elegibilidad para empleados y dependientes, lo que se debe hacer para inscribirse en la cobertura del Fideicomiso y los acontecimientos que pondrán fin a la elegibilidad. Debe cumplir con los siguientes criterios antes de ser elegible para participar:

- Ser empleado de una empresa participante que realiza contribuciones al Fideicomiso, ya sea en virtud de un Acuerdo de negociación colectiva o de un Acuerdo especial escrito.
- Cumplir con los requisitos de elegibilidad iniciales y el período de espera que le corresponde según se describe en el Acuerdo de negociación colectiva entre su sindicato y su empleador, el Acuerdo especial entre su empleador y el Fideicomiso, y cualquier política de elegibilidad del Fideicomiso relevante. Si tiene preguntas sobre si es elegible para obtener los beneficios del Fideicomiso, se puede poner en contacto con MagnaCare al (877) 606-6705.
- Inscribirse como se describe en la sección “Inscripción” a continuación.

2. Elegibilidad inicial: para dependientes

Algunos planes que ofrece el Fideicomiso permiten la participación de hijos dependientes o hijos dependientes y cónyuges, y parejas de hecho. Para que un hijo dependiente, cónyuge o pareja de hecho sea elegible, se debe cumplir el siguiente criterio:

- El empleado debe ser elegible y estar inscrito en una opción de beneficio que proporcione cobertura para dependientes.
- El empleado deberá llenar y proporcionar los formularios de inscripción necesarios y la documentación requerida para cubrir a sus dependientes.
- Realizar cualquier pago requerido para la cobertura de dependientes.

Si tiene preguntas sobre si sus dependientes son elegibles para obtener los beneficios del Fideicomiso, se puede poner en contacto con MagnaCare al (877) 606-6705.

3. Definición de dependiente elegible

Si participa en un plan que ofrece cobertura a los dependientes, las siguientes personas son, potencialmente, dependientes elegibles. La elegibilidad puede variar según el empleador participante y dependerá de qué dependientes (si los hubiera) pueden estar cubiertos por sus opciones de plan, del cumplimiento de los requisitos de inscripción y del pago de cualquier prima requerida para la cobertura de dependientes.

Los dependientes elegibles pueden incluir hasta:

- Su cónyuge legal.
- Su pareja de hecho elegible según lo definen las normas del Fideicomiso.
- Sus hijos y los de su cónyuge legal o pareja de hecho elegible menores de 26 años que sean:
 - Sus hijos biológicos y adoptados (o niños colocados con usted para adopción).
 - Hijastros.
 - Los niños en acogida temporal elegibles que sean acogidos por una agencia de colocación autorizada o por una sentencia u otra orden de un tribunal competente.
 - Los hijos para los que exista una orden judicial que cumpla los requisitos legales aplicables y que le obligue a mantener la cobertura, como en el caso de un hijo bajo la custodia de un excónyuge. Puede presentar una orden de ayuda médica infantil a la Oficina del Fideicomiso para determinar si califica. Si lo solicita, la Oficina del Fideicomiso le proporcionará una copia de los procedimientos para determinar el estado calificado de una orden de ayuda médica infantil.
 - Sus hijos y los de su cónyuge legal o su pareja de hecho elegible que tengan 26 años o más y que sean incapaces de mantenerse a sí mismos debido a una discapacidad física o mental. La discapacidad del hijo debe haber comenzado y haber sido notificada a la Oficina del Fideicomiso antes de que el hijo cumpla 26 años. Para poder conservar la elegibilidad en virtud de esta disposición, el hijo debe estar soltero, depender financieramente de usted y ser incapaz de mantenerse a sí mismo. Esto no se aplica a los proveedores individuales ni a los proveedores de agencias inscritos en un plan del Fideicomiso de beneficios de salud. Si no es un proveedor individual o de una agencia, consulte con su empleador para conocer información detallada sobre la elegibilidad.
 - Los hijos que residen con usted, están emparentados con usted o su cónyuge o pareja de hecho elegible y de quienes usted sea financieramente responsable y tutor legal o equivalente funcional.

Parejas de hecho elegibles

Para ser una pareja de hecho elegible o brindarle cobertura a un hijo de una pareja de hecho elegible, debe completar una Declaración jurada de pareja de hecho disponible en MagnaCare. Una pareja de hecho elegible incluye a una persona del mismo sexo o del sexo opuesto con quien usted:

- Ha compartido la misma residencia durante al menos seis meses inmediatamente anteriores a la fecha de la Declaración jurada y tiene la intención de seguir haciéndolo indefinidamente.
- Mantiene una estrecha relación personal.
- No está legalmente casada con otra persona.
- Tiene cada uno al menos 18 años de edad.
- No esté emparentada por sangre hasta un grado de consanguinidad que impediría el matrimonio en el estado en el que vive.
- Es la única pareja de hecho del otro.
- Es responsable conjuntamente del bienestar del otro, incluidos los gastos básicos de manutención, como comida y alojamiento.

Tenga en cuenta que si solicita cobertura para una pareja de hecho o los hijos de una pareja de hecho, se le pedirá que verifique si estas personas califican como dependientes según el Código de Rentas Internas. Si no es así, el valor de mercado de la cobertura proporcionada puede constituir un ingreso imponible. Póngase en contacto con la Oficina del Fideicomiso para obtener más información detallada.

4. Inscripción: empleados y dependientes

Una vez que cumpla con los requisitos de elegibilidad, usted y sus dependientes elegibles se deben inscribir en el Fideicomiso para tener cobertura médica u odontológica. A continuación se describen los trámites y plazos de inscripción. Para que usted y sus dependientes elegibles tengan cobertura, es necesario que se completen los trámites de inscripción.

- Si es usted un proveedor individual o una agencia, puede pedir una solicitud de inscripción a una de las siguientes entidades:
 - MagnaCare llamando al (877) 606-6705.
 - MagnaCare enviando un correo electrónico a SEIU775BG-caregiver@magnacare.com.
 - Su empleador.
 - La Oficina Administrativa del Fideicomiso.
- Si usted no es un proveedor individual o de agencia, póngase en contacto con su empleador o con la Oficina Administrativa del Fideicomiso para obtener un formulario de inscripción.
- Rellene la solicitud y proporcione la documentación de verificación de dependientes presentándola en línea o enviándola por fax o correo a la Oficina Administrativa del Fideicomiso.

MagnaCare
P.O. Box 24811
Seattle, WA 98124

Teléfono: (877) 606-6705
Fax: (516) 723-7395
www.mycreatehealth.com

- Si procede, abone la coprima, ya sea autorizando a su empleador a deducir el pago de la coprima de su nómina o, si es necesario, presentando el pago de la coprima directamente al Administrador del Fideicomiso.

5. Derechos especiales de inscripción

Los empleados se pueden inscribir en el Fideicomiso o añadir dependientes (si se dispone de cobertura para dependientes) en las siguientes ocasiones:

- Cuando sean elegibles inicialmente.
- Si su plan prevé un período de inscripción abierta durante dicho período.
- Si ha rechazado la cobertura para usted y, en su caso, para sus dependientes, debido a que tiene otra cobertura de salud, se puede inscribir en el Fideicomiso si usted o sus dependientes agotan la continuación de la cobertura en virtud de la ley COBRA, si pierden la elegibilidad para optar a la otra cobertura o si el empleador deja de hacer contribuciones al costo de la otra cobertura. Para que sea efectiva, debe notificarlo a la Oficina del Fideicomiso en un plazo de 30 días a partir de la finalización de la otra cobertura.
- Si participa en un plan que ofrece cobertura para dependientes, puede añadir un nuevo hijo dependiente que sea el resultado de matrimonio, conformación de una pareja de hecho, nacimiento, adopción o colocación en adopción. Debe solicitar la inscripción del nuevo dependiente en los 30 días siguientes al hecho en cuestión. La cobertura entra en vigor el primer día del mes siguiente al mes en el que se recibe la solicitud de inscripción especial si el dependiente se adquiere por matrimonio o conformación de una pareja de hecho. La cobertura entra en vigor en la fecha del nacimiento, adopción o colocación en adopción de un nuevo hijo dependiente.

Si su plan limita la cantidad de empleados que se pueden inscribir, esto puede afectar a su capacidad para inscribirse después de un evento calificador para inscripción especial.

6. Eventos que ponen fin a la cobertura

La cobertura finalizará sin previo aviso, excepto según se especifica en el apartado “Beneficios ampliados”, el último día del mes en el que se produzca uno de estos eventos:

- El Fideicomiso se rescinde o se rescinde la opción de beneficio en la que usted participa.
- La siguiente prima mensual no se paga a su vencimiento o dentro del período de gracia.
- Usted fallece o ya no es elegible, sujeto a cualquier elección aplicable para continuar la cobertura, tal y como se describe en la ley COBRA y en el apartado “Continuación en virtud de la ley USERRA” como se describe en este documento.
- Su empleador no cumple con sus obligaciones en virtud del acuerdo de negociación colectiva aplicable a través del cual usted tiene cobertura del Fideicomiso, deja de contratar

a empleados cubiertos por el acuerdo de negociación colectiva aplicable o deja de participar en el Fideicomiso.

- Usted o sus dependientes no cumplen con los requisitos de elegibilidad vigentes según su Acuerdo de negociación colectiva, Acuerdo especial o política de elegibilidad del Fideicomiso correspondiente.

k. Circunstancias que pueden dar lugar a la inelegibilidad o denegación de beneficios o a la modificación o terminación del Fideicomiso

Entre las circunstancias que pueden dar lugar a la descalificación, inelegibilidad, denegación o pérdida de los beneficios se incluyen el incumplimiento de los requisitos de elegibilidad iniciales o continuos establecidos en los acuerdos de negociación colectiva pertinentes, acuerdos especiales o la política de elegibilidad del Fideicomiso correspondiente, las limitaciones y exclusiones de los programas de seguro, el impago por su parte o por parte de su empleador de cualquier prima requerida para la cobertura, el fallecimiento o la rescisión del Plan. El Patrocinador del plan mantiene la autoridad discrecional ilimitada para interpretar los términos de los planes de beneficios provistos, determinar la elegibilidad de cualquier persona para recibir los beneficios y modificar, enmendar o cancelar el Fideicomiso o cualquier opción de beneficio ofrecida en cualquier momento.

l. Continuación de cobertura

1. COBRA. La participación continuada en determinados programas colectivos de salud y bienestar es un derecho regulado por la ley federal, conocida como la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act) de 1985, comúnmente conocida como su derecho en virtud de la “COBRA”. Si usted está cubierto por este Fideicomiso, es posible que tenga derecho a realizar sus propias contribuciones al Fideicomiso, a fin de recibir cobertura en determinados casos en los que, de otro modo, finalizaría la cobertura en virtud de este Fideicomiso.

A. Administración de la COBRA. La Oficina del Fideicomiso (MagnaCare) se encarga de administrar los derechos de continuación de cobertura en virtud de la ley COBRA para el Fideicomiso. Todas las comunicaciones se deben hacer por escrito; deben identificarlo a usted, el empleado elegible; el nombre del Fideicomiso (SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust) y se debe enviar a la Oficina del Fideicomiso a la siguiente dirección:

MagnaCare
P.O. Box 24811
Seattle, WA 98124
Teléfono: (877) 606-6705
Fax: (516) 723-7395
SEIU775BG-caregiver@magnacare.com

B. Eventos calificadores. Usted (como Empleado participante) tiene derecho a elegir la continuación de la cobertura en caso de que, de lo contrario, perdiera la cobertura debido a una reducción de la jornada laboral o al cese de la relación laboral (por motivos distintos a una mala conducta grave). Si sus dependientes están cubiertos, tienen derecho a elegir la continuación de la cobertura en caso de que, de lo contrario, perdiera la cobertura debido a la reducción de su jornada laboral o al cese de su relación laboral, su fallecimiento, divorcio

o separación legal, el fin de una pareja de hecho, su derecho a obtener Medicare o el hecho de que un hijo deje de cumplir los requisitos para ser considerado dependiente.

- C. Responsabilidades de notificación de la COBRA. El Fideicomiso ofrece continuación de la cobertura solo después de que se le haya notificado un evento calificador. Si bien su empleador es responsable de informar al Fideicomiso sobre una pérdida o reducción de empleo, le instamos a que también notifique al Fideicomiso de tal evento. Usted o sus dependientes tienen la responsabilidad de notificar al Fideicomiso sobre una pérdida de cobertura resultante de un divorcio, separación legal, fin de una pareja de hecho o la pérdida de la condición de dependiente de un hijo. La Junta de Fideicomisarios se reserva el derecho de determinar si se ha perdido efectivamente la cobertura debido a un evento calificador.
- D. Elección de la cobertura en virtud de la COBRA. Una vez que la Oficina del Fideicomiso haya recibido la notificación adecuada de que se ha producido un evento calificador, le notificará que tiene derecho a elegir la continuación de la cobertura. La elección se debe efectuar por escrito en un plazo de 60 días a partir de la fecha en que, de lo contrario, finalizaría la cobertura o, en el caso de eventos respecto de los cuales el Fideicomiso tenga responsabilidad de notificación, en un plazo de 60 días a partir de la fecha en que se reciba la notificación de la Oficina del Fideicomiso, si fuera posterior. La notificación se debe enviar a la Oficina del Fideicomiso a la dirección indicada anteriormente. Si no elige la continuación dentro de este plazo de 60 días, la elegibilidad se extinguirá conforme a lo previsto en el Plan.
- E. Cobertura disponible. Las personas que hayan experimentado un evento calificador pueden optar por continuar con el plan de salud en virtud del cual estaban recibían cobertura inmediatamente antes del evento calificador. Si tiene cobertura médica y odontológica, puede optar por la cobertura médica únicamente o por la cobertura médica y odontológica.
- F. Se requiere cobertura continua. Su cobertura en virtud de COBRA debe ser continua a partir de la fecha en que habría finalizado la cobertura de su Fideicomiso si no se hubieran efectuado los pagos por cuenta propia en virtud de la ley COBRA.
- G. Costo. Un beneficiario calificado debe pagar el costo total de la continuación de la cobertura más una tarifa administrativa del 2 %. El costo de las coberturas disponibles a través del Fideicomiso se fija anualmente. Si experimenta un evento calificador, se le notificará sobre la prima de pago por cuenta propia mensual aplicable para las opciones de cobertura disponibles para usted. Si es elegible para una extensión de la cobertura como consecuencia de que usted o un dependiente estén incapacitados (consulte la subsección J a continuación), el costo de la cobertura será del 150 % de la tasa de pago por cuenta propia de COBRA para los 11 meses adicionales de cobertura que se le proporcionen como consecuencia de su incapacidad.
- H. Se requieren pagos por cuenta propia mensuales. Usted es responsable del costo total de la continuación de la cobertura. Los pagos por cuenta propia para la continuación de la cobertura vencen el primer día de cada mes para la cobertura de ese mes y se deben enviar a la Oficina del Fideicomiso a la dirección que se indica en la Sección A. anterior. La cobertura finalizará si la Oficina del Fideicomiso no recibe el pago en un plazo de 30 días a partir de esta fecha de vencimiento. La única excepción es que el

pago por cuenta propia correspondiente al período anterior a la elección inicial de la cobertura se puede efectuar hasta 45 días después de la fecha de elección. La cobertura debe ser continua. Su pago inicial debe cubrir todos los meses para los que desea cobertura y ser retroactivo a la fecha en que finalizó la cobertura de su Fideicomiso. Si el pago inicial no se recibe o no está matasellado dentro de los 45 días siguientes a la fecha en que eligió la cobertura, perderá su derecho a la continuación de la cobertura.

- I. Duración de la continuación de la cobertura. La continuación de la cobertura puede durar hasta 18 meses después de la pérdida de la cobertura como resultado de la terminación de la relación laboral o la reducción de la jornada laboral. En el caso de todos los demás eventos calificadores aplicables a los dependientes (su fallecimiento, divorcio, separación legal, fin de la pareja de hecho, elegibilidad para Medicare o un hijo que ya no califica como dependiente), la continuación de la cobertura puede durar hasta 36 meses.

No obstante, la continuación de la cobertura finalizará el último día del periodo mensual de pago de la prima si se produce alguno de los siguientes hechos antes del periodo máximo de continuación disponible:

- Un pago por cuenta propia requerido no se paga a la Oficina del Fideicomiso de manera oportuna para el siguiente período de cobertura mensual.
- Usted queda cubierto por cualquier otro plan de salud colectivo después de la fecha de su elección de la cobertura en virtud de la ley COBRA.
- Tiene derecho a los beneficios de Medicare después de la fecha de su elección de la cobertura en virtud de la ley COBRA.
- La fecha en que finaliza el Plan o la fecha en que su Empleador ya no participa en el Plan, a menos que su Empleador o su sucesor no ofrezca otro plan de salud para cualquier clasificación de sus empleados que anteriormente participaban en el Fideicomiso.
- Usted proporciona un aviso por escrito de que desea cancelar su cobertura.

- J. Duración de la continuación de la cobertura: personas discapacitadas. Si la Administración del Seguro Social (Social Security Administration) determina que usted está incapacitado antes o durante los primeros 60 días de continuación de la cobertura, la persona incapacitada y cualquier familiar cubierto puede recibir 11 meses adicionales de continuación de la cobertura hasta por un máximo de 29 meses. Para obtener la cobertura durante los meses adicionales, debe notificar a la Oficina del Fideicomiso por escrito en un plazo de 60 días a partir de la recepción de su Determinación de incapacidad del Seguro Social y antes del final de su período inicial de continuación de cobertura de 18 meses. Si posteriormente se determina que la persona incapacitada no está incapacitada, debe notificarlo a la Oficina del Fideicomiso en un plazo de 30 días a partir de esta determinación (lo que puede significar que finalizará al término de los 18 meses en virtud de su elección inicial de la cobertura en virtud de COBRA, suponiendo que haya elegido y abonado correctamente la cobertura en virtud de COBRA).

- K. Duración de la continuación de la cobertura: segundo evento calificador. Los dependientes que tienen derecho a la continuación de la cobertura como consecuencia del cese de su relación laboral o de la reducción de su jornada laboral pueden ampliar su cobertura hasta un total de 36 meses si se produce un segundo evento calificador (un hecho que habría provocado la finalización de la cobertura si se hubiera producido en primer lugar) durante los 18 meses iniciales de continuación de la cobertura. Los posibles segundos eventos calificadores son su fallecimiento, un divorcio, una separación legal o la finalización de la pareja de hecho, la pérdida de la condición de dependiente de un hijo o el hecho de que el empleado se vuelva elegible para acogerse a Medicare durante los 18 meses iniciales de continuación de la cobertura. Si un dependiente desea una ampliación de la cobertura como consecuencia de un segundo evento calificador, debe notificar a la Oficina Administrativa del Fideicomiso en un plazo de 60 días a partir del segundo evento calificador. Si no se proporciona una notificación por escrito oportuna sobre el segundo evento calificador, la cobertura del afiliado finalizará conforme a las condiciones del plan. En ningún caso la continuación de la cobertura de un dependiente se prolongará más allá de un total de 36 meses.
- L. Duración de la continuación de la cobertura: derecho a Medicare. Si se produce un evento calificador de 18 meses después de haber adquirido el derecho a Medicare, sus dependientes pueden continuar con la cobertura hasta que transcurran 18 meses a partir de la fecha en que normalmente finalizaría la cobertura o 36 meses a partir de la fecha en que el empleado se vuelve elegible para acogerse a Medicare, lo que ocurra más tarde.
- M. Relación entre COBRA y Medicare u otras coberturas de salud. Su cobertura en virtud de COBRA finalizará si adquiere derecho a Medicare u otra cobertura médica colectiva tras haber optado por COBRA. Si tiene otra cobertura de salud o Medicare en vigor antes de la elección de COBRA, puede ser elegible para ambas. En tales situaciones, su cobertura en virtud de COBRA solo pagará de forma secundaria a su cobertura de salud colectiva o Medicare, a menos que su elegibilidad para Medicare se base en una enfermedad renal en etapa terminal y se encuentre dentro del período de coordinación de 30 meses.
- N. Cobertura a partir de los mercados. A partir del 1 de enero de 2014 habrán otras opciones de cobertura para usted y su familia además de COBRA. Podrá adquirir un seguro a través del Mercado de seguros médicos. En el Mercado, usted podría ser elegible para beneficiarse de un nuevo tipo de crédito fiscal con el que se reducen sus primas mensuales de inmediato, y usted podría ver cuáles serán los deducibles de su prima y sus gastos de bolsillo antes de tomar la decisión de inscribirse. Ser elegible para la cobertura en virtud de COBRA no limita su elegibilidad para recibir un crédito fiscal a través del Mercado de seguros médicos. Sin embargo, si realmente se inscribe en la continuación de la cobertura en virtud de COBRA y la cancela antes de que finalice el período máximo de continuación de COBRA, puede afectar su capacidad para inscribirse en un plan que se ofrezca a través del Mercado de seguros médicos fuera del período de inscripción abierta anual. También podría calificar para una oportunidad de inscripción especial en otro plan colectivo para el cual sea elegible (como

el plan del cónyuge) aunque el plan no acepte generalmente inscripciones tardías si solicita la inscripción en un plazo de 30 días.

- O. Derechos de continuación en virtud de la ley USERRA. La Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de los Miembros de los Servicios Uniformados (Uniformed Services Employment and Reemployment Rights Act, USERRA) protege los derechos laborales (incluidos los derechos de inscripción en la cobertura de atención médica que proporciona el empleador) de las personas que voluntaria o involuntariamente abandonan puestos de trabajo para realizar el servicio militar. Si usted abandona su puesto de trabajo para realizar el servicio militar, tiene derecho a optar por continuar con la cobertura del plan de salud existente del empleador para usted y sus dependientes hasta por 24 meses mientras esté en el ejército. Los derechos de continuación de la cobertura en virtud de la ley USERRA se administran de la misma manera que los derechos de continuación de la cobertura en virtud de la ley COBRA. Aunque no elija continuar con la cobertura durante su servicio militar, tiene derecho a ser readmitido en el plan de salud de su empleador si vuelve a trabajar dentro de los períodos establecidos por la ley USERRA, generalmente sin períodos de espera ni exclusiones, salvo por enfermedades o lesiones relacionadas con el servicio.

Póngase en contacto con su empleador para obtener información sobre los derechos y requisitos de la ley USERRA. También se puede poner en contacto con el U.S. Department of Labor al (866) 4-USA-DOL o visitar su sitio web en www.dol.gov/vets. Se puede consultar una guía en línea sobre USERRA en <https://www.dol.gov/agencies/vets/programs/userra/USERRA-Pocket-Guide>.

Cobertura de conversión. Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest (condados de Oregon, Clark y Cowlitz en Washington) ofrece opciones de “conversión” o derechos de pago por cuenta propia según las leyes estatales cuando finaliza su cobertura de salud colectiva en virtud del Fideicomiso.

Generalmente, una opción de conversión le permitiría pasar a un plan individual si presenta la solicitud dentro de unos plazos estrictos (a menudo 31 días o menos para la cobertura de conversión).

Si desea obtener más información, póngase en contacto con:

Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest 500
NE Multnomah Street, #100
Portland, OR 97232-2099
(800) 813-2000

- P. Información adicional. Para obtener información sobre sus derechos en virtud de la ley ERISA, incluida la ley COBRA, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability & Accountability Act, HIPAA) y otras leyes que afectan los planes de salud colectivos, visite el sitio web de la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados (Employees Benefit Security Administration, EBSA) del U.S. Department of Labor en www.dol.gov/ebsa o llame a su número gratuito al (866) 444-3272. Para obtener más información sobre las opciones de seguro médico disponibles a través del Mercado de seguros médicos de Washington, visite www.wahbexchange.org.

Descripción resumida del plan del SEIU
Healthcare NW Health Benefits Trust

Para asegurarse de que recibe las notificaciones necesarias, debe notificar a la Oficina del Fideicomiso si cambia su dirección o la de algún miembro de su familia. Debe conservar este aviso y también una copia de cualquier aviso escrito que envíe al Fideicomiso.

m. Fuente de las contribuciones

Las contribuciones (es decir, los pagos de las primas) al Fideicomiso las realizan los empleadores participantes y, en algunas opciones, sus empleados cubiertos. El cálculo de las contribuciones de los Empleadores participantes y de los empleados cubiertos se realizará de conformidad con los respectivos Acuerdos de negociación colectiva y según lo establecido por el Fideicomiso.

Además, si los empleados cubiertos o sus dependientes cubiertos eligen la cobertura en virtud de la ley COBRA o en virtud de la ley USERRA, las personas afectadas deben pagar por su cuenta para continuar su cobertura.

n. Métodos que se emplean para la acumulación de activos

El Fideicomiso recibe y mantiene en fideicomiso las contribuciones de empleadores y empleados hasta que se utilizan para pagar los beneficios autofinanciados y los gastos necesarios incurridos en la administración del plan o se transfieren a una compañía de seguros como pago de prima por la cobertura.

o. Fin del año del fideicomiso

El año del Fideicomiso comienza el 1 de agosto y finaliza el 31 de julio.

p. Procedimientos para presentar reclamos y apelar reclamos de determinación adversa de beneficios

Los procedimientos para presentar reclamos se detallan en los folletos de la entidad que proporciona los beneficios que le corresponden. A continuación, se incluye información básica sobre cómo presentar reclamos.

Plan médico y de medicamentos recetados del Kaiser Foundation Health Plan of Washington (EPO)

1. Reclamos de los planes médicos y de medicamentos recetados

En la mayoría de los casos, un proveedor contratado por Kaiser Foundation Health Plan of Washington Options presentará un reclamo en su nombre. Si no se presenta un reclamo o si recibe un reclamo por servicios que cree que deberían estar cubiertos, haga lo siguiente:

- Póngase en contacto con los Servicios para Miembros de Kaiser Foundation Health Plan of Washington al
Washington al
(206) 630-4636 o (888) 901-4636.

- Pague el reclamo y presente un reclamo de reembolso de los servicios cubiertos a:

Kaiser Permanente Attn:
Claims Processing
P.O. Box 30766
Salt Lake City, UT 84130-0766 (888)
901-4636

- En el caso de los medicamentos recetados, adjunte las etiquetas de la receta, llene el formulario y envíelo por correo a:

OptumRX
Attn: OptumRX Manual Claims
P.O. Box 650334
Dallas, TX 75265-0334

2. Apelaciones

Cómo iniciar una apelación por fax o correo:

Llene el formulario de Solicitud de apelación de miembros y envíelo por

fax o correo a: Fax: (206) 630-1859

Mail: Kaiser Permanente Member Appeals
P.O. Box 34593
Seattle, WA 98124-1593

Para obtener ayuda, llame al (866) 458-5479

Kaiser Foundation Health Plan of Washington pone a su disposición dos niveles de apelación:

Nivel 1: Apelar una denegación de reclamo

Nivel 2: Solicitar una revisión por parte de una organización externa de resolución de disputas en materia de salud

Kaiser Foundation Health Plan of Washington Options, Inc.

1. Reclamos de los planes médicos y de medicamentos recetados

En la mayoría de los casos, un proveedor contratado por Kaiser Foundation Health Plan of Washington Options, Inc. presentará un reclamo en su nombre. Si no se presenta un reclamo o si recibe un reclamo por servicios que cree que deberían estar cubiertos, haga lo siguiente:

- Póngase en contacto con los Servicios para Miembros de Kaiser Foundation Health Plan of Washington al (206) 630-4636 o (888) 901-4636.
- Pague el reclamo y presente un reclamo de reembolso de los servicios cubiertos a:

Kaiser Permanente Attn:
Claims Processing
P.O. Box 30766
Salt Lake City, UT 84130-0766 (888)
901-4636

- En el caso de los medicamentos recetados, adjunte las etiquetas de la receta, llene el formulario y envíelo por correo a:

OptumRX
Attn: OptumRX Manual Claims
P.O. Box 650334
Dallas, TX 75265-0334

2. Apelaciones

Cómo iniciar una apelación por fax o correo:

Llene el formulario de Solicitud de apelación de miembros y envíelo por

fax o correo a: Fax: (206) 630-1859

Mail: Kaiser Permanente Member Appeals
P.O. Box 34593
Seattle, WA 98124-1593

Para obtener ayuda, llame al (866) 458-5479

Kaiser Foundation Health Plan of Washington pone a su disposición dos niveles de apelación:

Nivel 1: Apelar una denegación de reclamo

Nivel 2: Solicitar una revisión por parte de una organización externa de resolución de disputas en materia de salud

Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest (condados de Oregon y Clark y Cowlitz)

1. Reclamos de los planes médicos y de medicamentos recetados

Si participa en Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest (condados de Oregon, Clark y Cowlitz), normalmente no es necesario presentar reclamos. Si tiene preguntas sobre un reclamo o posible reclamo, póngase en contacto con:

Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest Member
Services
500 N.E. Multnomah St., Suite 100
Portland, OR 97232
(503) 813-2000 o (800) 813-2000

2. Apelaciones

Cómo presentar una apelación:

Teléfono: Servicio de atención al cliente
(503) 813-2000
(800) 813-2000

Fax: (503) 813-3985

Correo: Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest 500
NE Multnomah Street, Suite 100
Portland, OR 97232

Descripción resumida del plan del SEIU
Healthcare NW Health Benefits Trust

Hay tres niveles de apelación disponibles para usted:

Nivel 1: Apelar una denegación de reclamo

Nivel 2: Solicitar una reconsideración del resultado de la apelación de Nivel 1

Nivel 3: Solicitar una revisión por parte de una organización externa de resolución de disputas en materia de salud

Plan médico autofinanciado de Aetna

1. Reclamos de los planes médicos

Si participa en el plan de la red de la Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO) de Aetna, los proveedores contratados por Aetna, como cortesía, presentarán un reclamo en su nombre. Si no se presenta un reclamo o si recibe un reclamo por servicios que cree que deberían estar cubiertos, haga lo siguiente:

- Póngase en contacto con el Servicio de atención al cliente de Aetna al (855) 736-9469.
- Pague el reclamo y presente un reclamo de reembolso de los servicios cubiertos a:

Aetna
P.O. Box 14079
Lexington, KY 40512-4079
Fax: (859) 455-8650

2. Reclamos de los planes de medicamentos recetados

El programa de medicamentos recetados Sav-Rx se ofrece a personas que participan en el plan médico de Aetna. En la mayoría de los casos, un proveedor contratado por Sav-Rx presentará un reclamo en su nombre. Si no se presenta un reclamo en su nombre o si recibe un reclamo por servicios que cree que deberían estar cubiertos, puede hacer lo siguiente:

- Póngase en contacto con el Servicio de atención al cliente de Sav-Rx al (800) 228-3108.
- Pague el reclamo y presente un reclamo de reembolso de los servicios cubiertos a:

Sav-Rx Prescription Services Attn:
Reimbursement Department
P.O. Box 8
Fremont, NE 68026

3. Apelaciones

Cómo presentar una apelación por una denegación de reclamo de planes médicos:

Teléfono: Servicios para miembros
de Aetna (855) 736-9469

También puede apelar enviando un escrito directamente a Aetna. Asegúrese de incluir la siguiente información:

- Su nombre
- Nombre del empleado
- Copia de la denegación

Descripción resumida del plan del SEIU
Healthcare NW Health Benefits Trust

- Motivo de la apelación
- Y cualquier otra información que le gustaría que Aetna tome en consideración

Fax: Apelaciones de reclamos de planes
médicos de Aetna (859) 425-3379

Mail: Aetna – Medical Appeals Resolution Team
P.O. Box 14463
Lexington, KY 40512

Hay tres niveles de apelación disponibles para usted:

Nivel 1: Apelar una denegación de reclamo

Nivel 2: Solicitar una reconsideración del resultado de la apelación de Nivel 1

Nivel 3: Solicitar una revisión por parte de una organización externa de resolución de disputas

en materia de salud Cómo presentar una apelación por la denegación de un reclamo de servicios de
farmacia:

Teléfono: Servicio de atención al
cliente de Sav-RX (800) 228-
3108

Fax: (888) 810-1394

Correo: Sav-Rx
Attn: Clinical Department
P.O. Box 8
Fremont, NE 68026

Hay dos niveles de apelación disponibles para usted:

Nivel 1: Apelar una denegación de reclamo

Nivel 2: Solicitar una reconsideración del resultado de la apelación de Nivel 1

Delta Dental of Washington: Plan odontológico autofinanciado

1. Reclamos de planes odontológicos

Si tiene preguntas sobre cómo presentar reclamos para el plan odontológico autofinanciado del Fideicomiso, póngase en contacto con Delta Dental of Washington, que administra el plan.

Delta Dental of Washington
P.O. Box 75983
Seattle, WA 98175-0983
Teléfono: (800) 554-1907

2. Apelaciones

Cómo presentar una apelación por una denegación de

reclamo de planes odontológicos: Teléfono: (800)

554-1907

Fax: (800) 239-9241

Correo: Delta Dental of Washington
P.O. Box 75983
Seattle, WA 98175-0983 Hay dos

niveles de apelación disponibles para usted:

Nivel 1: Apelar una denegación de reclamo

Nivel 2: Solicitar una reconsideración del resultado de la apelación de Nivel 1

Willamette Dental EPO: Plan odontológico asegurado

1. Reclamos de planes odontológicos

Si participa en Willamette Dental, normalmente no es necesario presentar reclamos. Si tiene preguntas sobre un reclamo o posible reclamo, póngase en contacto con:

Willamette Dental of Washington, Inc. Attn:
Member Services
6950 N.E. Campus Way
Hillsboro, OR 97124

2. Apelaciones

Cómo presentar una apelación por una denegación de

reclamo de planes odontológicos: Teléfono: (855)

433-6825

Correo: Willamette Dental of Washington, Inc.
Attn: Member Services 6950
NE Campus Way Hillsboro, OR
97124

Hay dos niveles de apelación disponibles para usted:

Nivel 1: Apelar una denegación de reclamo

Nivel 2: Solicitar una reconsideración del resultado de la apelación de Nivel 1

Apelaciones de elegibilidad

Cada administrador o proveedor de beneficios cuenta con su propio proceso de apelación que se establece en el folleto de su Plan. Los procedimientos para presentar una apelación ante cada entidad que proporciona o administra beneficios se establecen en el folleto del Plan de la entidad o en el sitio web del Grupo de beneficios

Descripción resumida del plan del SEIU
Healthcare NW Health Benefits Trust

SEIU 775. Visite “Cómo presentar una apelación al Fideicomiso de beneficios de salud”: www.myse iubenefits.org/health/submit-an-appeal-to-the-health-benefits-trust/. Las apelaciones se deberán realizar por escrito dentro del plazo especificado según el manual de procedimiento, a menos que se establezca un plazo diferente en el Documento del Plan de la entidad que administra el beneficio en cuestión. Tenga en cuenta que el plazo para presentar reclamos o apelar una denegación de reclamo se extendió durante el COVID-19 hasta por un año o hasta el 10 de julio de 2023, lo que ocurra primero. Consulte el Aviso de extensión de los plazos debido al COVID-19 al final de este documento para obtener más detalles.

Para presentar cualquier apelación relacionada con decisiones de elegibilidad e inscripción, envíe una

apelación por escrito a: Appeals Committee
SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust 215
Columbia Street, Suite 300
Seattle, WA 98104

La apelación debe incluir nombre, dirección y fecha y señalar la decisión que se apela. El Comité de Apelaciones del Fideicomiso se encargará de revisar estas apelaciones.

q. Lev de Protección de la Salud de los Recién Nacidos y las Madres

Los planes de salud colectivos y los emisores de seguros médicos que ofrecen cobertura de seguro médico colectivo generalmente no pueden, según la ley federal, restringir los beneficios por cualquier duración de la estadía en el hospital en relación con el parto de la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal normal o menos de 96 horas después de un parto por cesárea, o requerir que un Proveedor obtenga autorización del Plan o de la aseguradora que prescribe una duración de estadía que no exceda de los períodos anteriores.

r. Lev de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer

Si usted o uno de sus dependientes cubiertos se ha sometido o se someterá a una mastectomía, es posible que tenga derecho a determinados beneficios según la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer (Women’s Health and Cancer Rights Act, WHCRA) En el caso de las personas que reciben beneficios relacionados con la mastectomía, se proporcionará cobertura para los siguientes servicios de una manera determinada en consulta con el médico tratante y el paciente:

- a. Todas las etapas de reconstrucción de la mama en la que se ha realizado una mastectomía.
- b. Cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica.
- c. Prótesis.
- d. Tratamiento de complicaciones físicas de todas las etapas de la mastectomía, incluido el linfedema.

Estos beneficios estarán sujetos a los mismos deducibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos disponibles en su plan médico.

Descripción resumida del plan del SEIU
Healthcare NW Health Benefits Trust

Para obtener información sobre los beneficios de la WHCRA o detalles sobre las leyes estatales que se podrían aplicar a su plan médico, consulte el material del plan de beneficios del plan médico en el que está inscrito.

s. Cobertura de medicamentos recetados y Medicare

Planes médicos/de medicamentos recetados autofinanciados administrados por Kaiser Foundation Health Plan of Washington, Kaiser Foundation Health Plan of Washington Options, Inc., Sav-Rx, y planes médicos/de medicamentos recetados asegurados suscritos por Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest: estos beneficios, a efectos de Cobertura Acreditable, son iguales o superiores al beneficio de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare para efectos de seguro. Los miembros que también son elegibles para la Parte D de Medicare pueden seguir recibiendo cobertura y no estarán sujetos a las multas por inscripción tardía que impone Medicare si deciden inscribirse en un plan de la Parte D de Medicare en una fecha posterior; sin embargo, el Miembro podría estar sujeto al pago de primas más elevadas de la Parte D si posteriormente tiene una interrupción en la cobertura acreditable de 63 días continuos o más antes de inscribirse en un plan de la Parte D. Un Miembro que interrumpe la cobertura debe cumplir con los requisitos de elegibilidad para poder volver a inscribirse.

t. Declaración de derechos legales

Como participante del Fideicomiso, usted tiene determinados derechos y protecciones en virtud de la Ley de Garantía de Ingresos por Jubilación para los Empleados de 1974 (ERISA). ERISA establece que todos los participantes del Fideicomiso tendrán derecho a:

1. Recibir información sobre su plan y beneficios

- a. Examinar, sin cargo, en la Oficina del Fideicomiso y en otros lugares especificados, como lugares de trabajo y salas sindicales, todos los documentos que rigen el plan, incluidos los contratos de seguro, los acuerdos de negociación colectiva y una copia del último informe anual (Formulario de la Serie 5500) que el plan presenta ante el U.S. Department of Labor y está disponible en la sala de divulgación pública de la Administración de Prestaciones de Pensión y Bienestar (Pension and Welfare Benefit Administration).
- b. Obtener, previa solicitud por escrito a la Oficina del Fideicomiso, copias de los documentos que rigen el funcionamiento del Fideicomiso, incluidos los contratos de seguro, los acuerdos de negociación colectiva y copias del último informe anual (Formulario de la Serie 5500) y una descripción resumida del plan actualizada. El Fideicomiso puede cobrar un cargo razonable por las copias.
- c. Recibir un resumen del informe financiero anual del Fideicomiso. La Oficina del Fideicomiso está obligada por ley a proporcionar a cada participante una copia de este informe anual resumido.

2. Continuar la cobertura del plan de salud colectivo

Continuar con la cobertura de atención médica para usted, su cónyuge o sus dependientes si hay una pérdida de cobertura en virtud del plan como resultado de un evento calificador. Es posible que usted o sus dependientes tengan que pagar por dicha cobertura. Revise esta descripción resumida del plan y los

documentos que rigen el plan para conocer las reglas que rigen sus derechos de continuación de cobertura en virtud de la ley COBRA.

3. Acciones prudentes de los fiduciarios del plan

- a. Además de crear derechos para los participantes del plan, ERISA impone obligaciones a las personas responsables de la operación del plan de beneficios para empleados. Las personas que operan su plan, denominadas “fiduciarias” del plan, tienen el deber de hacerlo con prudencia y en su interés y el de los demás participantes y beneficiarios del plan. Nadie, incluido su empleador, su sindicato ni cualquier otra persona, puede despedirlo ni discriminarlo de ninguna manera para evitar que obtenga un beneficio de asistencia social o ejerza sus derechos en virtud de la ley ERISA.

4. Hacer cumplir sus derechos

- a. Si se niega o se ignora su reclamo de un beneficio de asistencia social, en su totalidad o en parte, tiene derecho a saber por qué fue así, a obtener copias sin cargo de los documentos relacionados con la decisión y a apelar cualquier rechazo, todo dentro de ciertos plazos.
- b. De acuerdo con la ley ERISA, hay pasos que puede tomar para hacer cumplir los derechos anteriores. Por ejemplo, si solicita una copia de los documentos del plan o el último informe anual del Fideicomiso y no los recibe dentro de los 30 días, puede presentar una demanda en un tribunal federal. En tal caso, el tribunal puede requerir que la Oficina del Fideicomiso proporcione los materiales y pague hasta \$110 por día hasta que reciba los materiales, a menos que los materiales no hayan sido enviados por razones fuera del control del administrador. Si tiene un reclamo de beneficios que es denegado o ignorado, en su totalidad o en parte, puede presentar una demanda en un tribunal estatal o federal. Además, si no está de acuerdo con la decisión del Fideicomiso o con la falta de la misma con respecto al estado cualificado de una orden de relaciones domésticas o una orden de ayuda médica infantil, puede presentar una demanda en un tribunal federal. Si se da el caso de que los fiduciarios del plan hicieran mal uso del dinero del plan o si lo discriminan por hacer valer sus derechos, puede buscar ayuda del U.S. Department of Labor o puede presentar una demanda en un tribunal federal. El tribunal decidirá quién debe pagar las costas judiciales y los honorarios legales. Si tiene éxito, el tribunal puede ordenar que la persona a la que ha demandado pague estas costas y honorarios. Si pierde, el tribunal puede ordenarle que pague estas costas y honorarios, por ejemplo, si determina que su reclamo es frívolo.

5. Asistencia con sus preguntas

- a. Si tiene alguna pregunta sobre el Fideicomiso, debe comunicarse con la Oficina del Fideicomiso. Si tiene alguna pregunta sobre esta declaración o sobre sus derechos en virtud de la ley ERISA, o si necesita ayuda para obtener documentos del administrador del plan, se debe comunicar con la oficina más cercana de la Employee Benefits Security Administration, U.S. Department of Labor, que figura en su guía telefónica o con la Division of Technical Assistance and Inquiries, Employee Benefits Security Administration, U.S. Department of Labor, 200 Constitution Avenue N.W., Washington, D.C. 20210. También puede obtener ciertas publicaciones sobre sus derechos y responsabilidades en virtud de la ley ERISA llamando a la línea directa de publicaciones de la Employee Benefits Security Administration.

NOTA: Este Resumen ha sido diseñado para brindarle información clave sobre el SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust, pero no se proporcionan todos los detalles ni las limitaciones de las opciones de beneficios que se ofrecen. Dicha información está contenida en los folletos o contratos del Plan correspondiente a cada opción de beneficio. Esta información está disponible en la aseguradora correspondiente o con el administrador de reclamos, en el Centro de recursos para miembros o con el Encargado del Fideicomiso.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Objeto y fecha de entrada en vigor

EN ESTE AVISO SE DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO DETENIDAMENTE.

Fecha de entrada en vigor: La fecha de entrada en vigor del presente Aviso es el 1 de enero de 2011, con las modificaciones introducidas a partir del 23 de septiembre de 2013.

Este Aviso es obligatorio por ley. El SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust (“el Fideicomiso”) está obligado por ley a tomar medidas razonables para garantizar la privacidad de su información de salud de identificación personal y a informarle sobre lo siguiente:

1. Los usos y divulgaciones de información médica protegida (Protected Health Information, PHI) por parte del Fideicomiso.
2. Sus derechos a la privacidad con respecto a su PHI.
3. Las obligaciones del Fideicomiso con respecto a su PHI.
4. Su derecho a presentar una queja ante el Fideicomiso y ante el secretario del United States Department of Health and Human Services (HHS).
5. La persona u oficina con la que se debe poner en contacto para obtener más información sobre las prácticas de privacidad del Fideicomiso.
6. Cualquier vulneración de su PHI.

Su información médica protegida

¿Qué es la información médica protegida (PHI)?

El término “Información médica protegida” (Protected Health Information, PHI) incluye toda la información de salud de identificación individual relacionada con su estado de salud físico o mental pasado, presente o futuro o con el pago de la atención médica. La PHI incluye información que conserva el Fideicomiso en forma oral, escrita o electrónica.

¿Cuándo puede el Fideicomiso divulgar su PHI sin su autorización?

De acuerdo con la ley, el Fideicomiso puede divulgar su PHI sin su consentimiento o autorización, o la oportunidad de aceptar u objetar, en los siguientes casos:

1. *A solicitud suya.* Si lo solicita, el Fideicomiso le debe brindar acceso a determinada PHI para permitirle inspeccionarla o copiarla.
2. *Según lo requerido por el HHS.* El Secretario del United States Department of Health and Human Services puede exigir la divulgación de su PHI para investigar o determinar el cumplimiento por parte del Fideicomiso de las normas de privacidad.
3. El Fideicomiso y sus socios comerciales utilizarán la PHI *para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica.*

El tratamiento es la prestación, coordinación o gestión de la atención médica y los servicios relacionados. También incluye, entre otros, consultas y referencias entre uno o más de sus proveedores.

El pago incluye, entre otras, las acciones para determinar la cobertura y el pago (incluida la facturación, la gestión de reclamos, la subrogación, el reembolso del plan, las revisiones de la necesidad médica y la idoneidad de la atención y la revisión de utilización y las autorizaciones previas).

Las operaciones de atención médica incluyen, entre otras, la evaluación y mejora de la calidad, la revisión de la competencia o cualificación de los profesionales de atención médica, la suscripción, la tarificación de primas y otras actividades de seguros relacionadas con la creación o renovación de contratos de seguros. También incluye la gestión de enfermedades, la gestión de casos, la realización u organización de revisiones médicas, servicios jurídicos y funciones de auditoría, incluidos programas de cumplimiento de fraude y abuso, planificación y desarrollo de negocios, gestión empresarial y actividades administrativas generales.

Divulgación al Patrocinador del plan sobre su plan de salud colectivo. El Fideicomiso también divulgará su PHI al Patrocinador del plan de su plan de salud colectivo para fines relacionados con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, si el Patrocinador del plan ha adoptado enmiendas a sus Documentos del plan para permitir este uso y divulgación según lo exige la ley federal. Por ejemplo, el Fideicomiso puede revelar información al Patrocinador del plan para permitirle decidir una apelación o revisión de una cuestión de elegibilidad o un reclamo de subrogación.

¿Cuándo se requiere su autorización por escrito para divulgar su PHI?

Salvo que se indique lo contrario en este Aviso, los usos y divulgaciones se realizarán únicamente con su autorización por escrito sujeto a su derecho a revocar su autorización. Se requerirá su autorización por escrito para cualquier divulgación de su información médica que implique marketing, la venta de su información médica o cualquier divulgación que implique remuneración directa o indirecta al SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust. Además, generalmente se requerirá su autorización por escrito antes de que el SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust utilice o divulgue las notas de psicoterapia. Las notas de psicoterapia son las notas archivadas por separado de un profesional de la salud mental en las que se documenta o analiza el contenido de una sesión de asesoramiento. Las notas de psicoterapia no incluyen información resumida sobre su tratamiento de salud mental ni información sobre medicamentos, horarios de finalización e inicio de sesiones, diagnóstico y otra información básica. El SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust puede usar y divulgar notas de psicoterapia cuando sea necesario para defenderse de un litigio que usted presente o según sea necesario para realizar operaciones de tratamiento, pago y atención médica.

¿Cuándo se permite el uso o la divulgación de mi PHI y no se requiere mi consentimiento, autorización u oportunidad de oponerme?

La ley federal permite que el Fideicomiso utilice y divulgue su PHI sin su consentimiento o autorización en las siguientes circunstancias:

1. Cuando lo exija la ley aplicable.
2. Fines de salud pública.
3. Situaciones de violencia doméstica o malos tratos.
4. Actividades de control de la salud.
5. Procedimientos legales.
6. Fines médicos de aplicación de la ley.
7. Fines de aplicación de la ley en caso de emergencia.
8. Determinación de causa de muerte y donación de órganos.
9. Fines funerarios.

Descripción resumida del plan del SEIU
Healthcare NW Health Benefits Trust

10. Investigación.
11. Amenazas a la salud o la seguridad.
12. Programas de compensación para trabajadores.

¿Existen otros casos de uso o divulgación?

El personal del Fideicomiso se puede poner en contacto con usted para brindarle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

El Fideicomiso puede divulgar información médica protegida al patrocinador de su plan de salud colectivo para revisar su apelación de un reclamo de beneficios o por otras razones relacionadas con la administración del Fideicomiso o el plan de salud colectivo de su empleador.

Sus derechos individuales de privacidad

¿Puedo solicitar restricciones en el uso y la divulgación de mi PHI?

Usted puede solicitar al Fideicomiso lo siguiente:

1. Restrinja los usos y las divulgaciones de su PHI para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica.
2. Restrinja los usos y las divulgaciones a familiares, parientes, amigos u otras personas identificadas por usted que estén involucradas en su atención.
3. Restrinja la divulgación de su información médica a alguien involucrado en el pago de su atención. El SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust no está obligado a aceptar su solicitud a menos que la divulgación esté relacionada con el pago o las operaciones de atención médica y se refiera a un artículo o servicio de atención médica que usted haya pagado en su totalidad de su bolsillo.

El Fideicomiso no está obligado a aceptar su solicitud si determina que su solicitud no es razonable.

Realice dichas solicitudes por escrito a la Persona de contacto en materia de privacidad de The Trust en Benefit Solutions, Inc., PO Box 6, Mukilteo, WA 98275.

¿Puedo solicitar comunicaciones confidenciales?

El Fideicomiso atenderá la solicitud razonable de una persona de recibir comunicaciones de PHI por medios alternativos o en lugares alternativos cuando la solicitud incluya una declaración de que la divulgación podría poner en peligro a la persona.

Usted o su representante personal deberán llenar un formulario para solicitar restricciones sobre los usos y divulgaciones de su PHI. Realice dichas solicitudes a la Persona de contacto en materia de privacidad en la dirección anterior.

¿Puedo inspeccionar y copiar mi PHI?

Usted tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia de su PHI durante todo el tiempo que el Fideicomiso conserve la PHI.

El fideicomiso debe proporcionar la información solicitada en un plazo de 30 días si la información se conserva in situ o en un plazo de 60 días si la información se conserva fuera de las instalaciones. Se permite una única prórroga de 30 días si el Fideicomiso no puede cumplir el plazo.

Descripción resumida del plan del SEIU
Healthcare NW Health Benefits Trust

Usted o su representante personal deberán llenar un formulario para solicitar acceso a la PHI. Es posible que se cobre una tasa razonable. Las solicitudes de acceso a la PHI se deben realizar a la Persona de contacto en materia de privacidad.

Si se deniega el acceso, usted o su representante personal recibirán una denegación por escrito en la que se establecerán los motivos de la denegación, una descripción de cómo puede ejercer sus derechos de revisión y una descripción de cómo puede presentar una queja ante el Plan y el HHS.

¿Tengo derecho a enmendar mi PHI?

Tiene derecho a solicitar que el Fideicomiso enmiende su PHI o un registro sobre usted mientras se mantenga la PHI, sujeto a ciertas excepciones.

El Fideicomiso dispone de 60 días después de recibir su solicitud para actuar al respecto. Al Fideicomiso se le permite una única prórroga de 30 días si no puede cumplir el plazo de 60 días. Si el Fideicomiso denegó su solicitud total o parcialmente, este le debe proporcionar una denegación por escrito en la que se expliquen los fundamentos de la decisión. Usted o su representante personal podrán entonces presentar una declaración por escrito en la que manifiesten su desacuerdo con la denegación y hacer que dicha declaración se incluya en cualquier divulgación futura de esa PHI.

Debe presentar su solicitud para enmendar la PHI a la Persona de contacto en materia de privacidad.

Usted o su representante personal deberán llenar un formulario escrito para enmendar la PHI e incluir un motivo que respalde la enmienda solicitada.

¿Tengo derecho a recibir un informe de las divulgaciones de mi PHI por parte del Fideicomiso?

Si lo solicita, el Fideicomiso también le proporcionará un informe de determinadas divulgaciones de su PHI por parte del Fideicomiso. El Fideicomiso no está obligado a proporcionarle un informe de las divulgaciones relacionadas con el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica, ni las divulgaciones que se le realicen a usted o que usted haya autorizado por escrito.

El Fideicomiso dispone de 60 días para presentar la contabilidad. Al Fideicomiso se le conceden 30 días adicionales si le proporciona una declaración por escrito de los motivos del retraso y la fecha en la que se presentará la contabilidad.

Si solicita más de un informe dentro de un período de 12 meses, el Fideicomiso cobrará una tarifa razonable por cada informe posterior.

¿Tengo derecho a recibir una copia impresa de este aviso si lo solicito?

Sí. Para obtener una copia impresa de este Aviso, póngase en contacto con la Persona de contacto en materia de privacidad, mencionada anteriormente.

¿Mi representante personal puede actuar en mi nombre con respecto a mis derechos de privacidad?

Usted podrá ejercer sus derechos a través de un representante personal. Su representante personal deberá presentar pruebas de su autoridad para actuar en su nombre antes de que se le dé acceso a su PHI o se le permita realizar cualquier acción en su nombre. La prueba de dicha autoridad será un formulario de Nombramiento de representante personal llenado, firmado y aprobado. Puede obtener este formulario llamando a la Oficina Administrativa del Fideicomiso.

El Fideicomiso tiene la facultad de denegar el acceso a su PHI a un representante personal para brindar protección a aquellas personas vulnerables que dependen de otros para ejercer sus derechos en virtud de estas normas y que pueden ser objeto de abuso o negligencia.

Descripción resumida del plan del SEIU
Healthcare NW Health Benefits Trust

El Fideicomiso reconocerá a determinadas personas como representantes personales sin que usted tenga que llenar un formulario de Nombramiento de representante personal. Por ejemplo, el Fideicomiso considerará automáticamente que un cónyuge es el representante personal de una persona cubierta por un plan de salud colectivo. Además, el Fideicomiso considerará a un padre/madre o tutor como representante personal de un menor no emancipado, a menos que la ley aplicable exija lo contrario. Un cónyuge o uno de los padres puede actuar en nombre de una persona, incluso solicitando acceso a su PHI. Sin embargo, los cónyuges y los menores no emancipados pueden solicitar que el Fideicomiso restrinja la información que llega a los miembros de la familia.

¿Tengo derecho a excluirme de las comunicaciones sobre captación de fondos?

Si el SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust participa en la captación de fondos, usted tiene derecho a optar por no recibir todas las comunicaciones al respecto.

Las obligaciones del Fideicomiso en materia de privacidad

Mantener su privacidad

El Fideicomiso está obligado por ley a mantener la privacidad de su PHI y a proporcionarle a usted y a sus dependientes elegibles un aviso sobre sus obligaciones legales y prácticas de privacidad.

Este Aviso entra en vigor a partir del 1 de febrero de 2005 y el Fideicomiso debe cumplir con los términos de este Aviso. No obstante, el Fideicomiso se reserva el derecho a modificar sus prácticas de privacidad y a aplicar los cambios a cualquier PHI recibida o conservada por el Fideicomiso con anterioridad a dicha fecha. Si se modifica una práctica de privacidad, se le proporcionará una versión revisada de este Aviso a usted y a todos los participantes y beneficiarios pasados y presentes para quienes el Fideicomiso aún conserva su PHI por correo.

Cualquier versión revisada de este Aviso se distribuirá en un plazo de 60 días a partir de la fecha de entrada en vigor de cualquier modificación importante en relación con lo siguiente:

1. Los usos o divulgaciones de la PHI.
2. Sus derechos individuales.
3. Las obligaciones del Fideicomiso.
4. Otras prácticas de privacidad establecidas en este aviso.

Divulgación de la mínima información médica protegida necesaria

Al utilizar o divulgar PHI o al solicitar PHI de otra entidad cubierta, el Fideicomiso hará esfuerzos razonables para no utilizar, divulgar ni solicitar más que la cantidad mínima de PHI necesaria para lograr el propósito previsto del uso, divulgación o solicitud, teniendo en cuenta las limitaciones prácticas y tecnológicas.

Sin embargo, el estándar mínimo necesario no se aplicará en las siguientes situaciones:

1. Divulgaciones a un proveedor de atención médica para tratamiento o solicitudes por parte de este.
2. Usos o divulgaciones que se le hagan a usted.
3. Divulgaciones realizadas al Secretario del United States Department of Health and Human Services en virtud de sus actividades de aplicación de la HIPAA.
4. Usos o divulgaciones requeridas por la ley.
5. Usos o divulgaciones necesarios para el cumplimiento por parte del Fideicomiso de la normativa de privacidad HIPAA.

Descripción resumida del plan del SEIU
Healthcare NW Health Benefits Trust

Este Aviso no se aplica a la información que se ha anonimizado. La información anonimizada es información:

1. Que permite no identificarlo.
2. Con respecto a la cual no hay base razonable para creer que la información se puede utilizar para identificarlo.

Además, el Fideicomiso puede utilizar o divulgar “información médica resumida” al Patrocinador del plan de su plan de salud colectivo para obtener ofertas de primas o modificar, enmendar o cancelar el plan de salud colectivo. En la información resumida se resume el historial de reclamos, los gastos de reclamos o el tipo de reclamos que experimentan las personas a quienes un Patrocinador del plan les ha proporcionado beneficios de salud en virtud de un plan de salud colectivo. La información de identificación se eliminará de la información médica resumida, de acuerdo con la HIPAA.

La ley prohíbe al SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust utilizar o divulgar información médica de carácter genético con fines de suscripción.

Su derecho a presentar una queja ante el Fideicomiso o el Secretario del HHS

Si considera que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante el SEIU Healthcare NW Health Benefits Trust como se indica a continuación.

También puede presentar una queja ante:

Oficial de Privacidad
del Grupo de
Beneficios de SEIU
privacyofficer@myseiubenefits.org

Secretary of the U.S. Department of Health and
Human Services
Hubert H. Humphrey Building 200
Independence Avenue S.W.
Washington, D.C. 20201

El Fideicomiso no tomará represalias contra usted por presentar una queja.

En caso de que necesite más información

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o los temas que se tratan en él, se puede poner en contacto con la siguiente persona en la Oficina Administrativa del Fideicomiso:

Oficial de Privacidad
del Grupo de
Beneficios de SEIU
privacyofficer@myseiubenefits.org

Conclusión

La Ley federal de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos, conocida como HIPAA, regula el uso y la divulgación de la PHI por parte del Fideicomiso. Puede encontrar estas normas en *el Código 45 de Regulaciones Federales*, Partes 160 y 164. En este Aviso se intenta resumir las regulaciones. Las regulaciones sustituirán a este Aviso en caso de discrepancia entre la información de este Aviso y las regulaciones.

Asistencia para el pago de primas en virtud de Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (Children's Health Insurance Program, CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para gozar de cobertura médica de su empleador, es posible que su estado tenga un programa de asistencia para el pago de primas que pueda ayudarle a pagar la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no serán elegibles para estos programas de asistencia para el pago de primas, pero es posible que puedan comprar cobertura de seguro individual a través del Mercado de seguros médicos. Para obtener más información, visite www.healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y viven en uno de los estados enumerados a continuación, póngase en contacto con la oficina estatal de Medicaid o CHIP para averiguar si hay asistencia con el pago de las primas disponible.

Si usted o sus dependientes NO están actualmente inscritos en Medicaid o CHIP, y considera que usted o cualquiera de sus dependientes podrían ser elegibles para cualquiera de estos programas, póngase en contacto con la oficina estatal de Medicaid o CHIP o marque **1-877-KIDS NOW** o visite www.insurekidsnow.gov para saber cómo presentar la solicitud. Si reúne los requisitos, pregunte en su estado si existe un programa que pueda ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir asistencia con el pago de las primas de Medicaid o CHIP, así como también elegibles en virtud del plan de su empleador, su empleador le debe permitir inscribirse en su plan de empleador si aún no lo está. Esto se denomina oportunidad de “inscripción especial” y **debe solicitar cobertura en un plazo de 60 días a partir del momento en que se determine que es elegible para recibir asistencia con el pago de las primas**. Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en el plan de su empleador, póngase en contacto con el U.S. Department of Labor al www.askebsa.dol.gov o llame al **1-866-444-EBSA (3272)**.

Si vive en uno de los siguientes estados, puede ser elegible para recibir asistencia para el pago las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de enero de 2023. Póngase en contacto con su Estado para obtener más información sobre la elegibilidad.

ALABAMA – Medicaid	ALASKA – Medicaid
Sitio web: http://myalhipp.com/ Teléfono: 1-855-692-5447	Sitio web del Programa de pago de las primas del seguro médico (Health Insurance Premium Payment Program) de AK: http://myakhipp.com/ Teléfono: 1-866-251-4861 Correo electrónico: ServicioalCliente@MyAKHIPP.com Elegibilidad para Medicaid: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx
ARKANSAS – Medicaid	CALIFORNIA – Medicaid
Sitio web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Sitio web: Programa de Pago de las Primas del Seguro Médico (Health Insurance Premium Payment, HIPP) http://dhcs.ca.gov/hipp Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov
COLORADO – Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)	FLORIDA – Medicaid
Sitio web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/ Centro de contacto para miembros de Health First Colorado: 1-800-221-3943/ Retransmisión estatal 711 CHP+: https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus Servicio de atención al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/ Retransmisión estatal 711 Programa de adquisición de seguros médicos (Health Insurance Buy-In Program, HIBI): https://www.mycohibi.com/ Servicio de atención al cliente del HIBI: 1-855-692-6442	Sitio web: https://www.flmedicaidtplrecovery.com/flmedicaidtplrecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268

GEORGIA – Medicaid	INDIANA – Medicaid
<p>Sitio web del HIPP de GA: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162, presione 1 Sitio web de CHIPRA de GA: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Teléfono: (678) 564-1162, presione 2</p>	<p>Programa Healthy Indiana Plan para adultos de bajos ingresos de 19 a 64 años Sitio web: http://www.in.gov/fssa/hip/ Teléfono: 1-877-438-4479 El resto de Medicaid Sitio web: https://www.in.gov/medicaid/ Teléfono 1-800-457-4584</p>
IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)	KANSAS – Medicaid
<p>Sitio web de Medicaid: https://dhs.iowa.gov/ime/members Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366 Sitio web de Hawki: http://dhs.iowa.gov/Hawki Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563 Sitio web del HIPP: https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp Teléfono de HIPP: 1-888-346-9562</p>	<p>Sitio web: https://www.kancare.ks.gov/ Teléfono: 1-800-792-4884 Teléfono de HIPP: 1-800-766-9012</p>
KENTUCKY – Medicaid	LOUISIANA – Medicaid
<p>Sitio web del Programa de Pago de las Primas del Seguro Médico Integrado de Kentucky (Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program, KI-HIPP): https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Teléfono: 1-855-459-6328 Correo electrónico: KIHIPPPROGRAM@ky.gov Sitio web de KCHIP: https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-877-524-4718 Sitio web de Medicaid de Kentucky: https://chfs.ky.gov</p>	<p>Sitio web: www.medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)</p>
MAINE – Medicaid	MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP
<p>Sitio web de inscripción: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US Teléfono: 1-800-442-6003 Teléfono de texto: Retransmisión de Maine 711 Página web de primas de seguros médicos privados: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-977-6740 Teléfono de texto: Retransmisión de Maine 711</p>	<p>Sitio web: https://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840 Teléfono de texto: (617) 886-8102</p>
MINNESOTA-Medicaid	MISSOURI – Medicaid
<p>Sitio web: http://mn.gov/dhs/people-we-serve/seniors/health-care/health-care-programs/programs-and-services/medical-assistance.jsp https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp Teléfono: 1-800-657-3739</p>	<p>Sitio web: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005</p>
MONTANA – Medicaid	NEBRASKA – Medicaid

Sitio web: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084 Correo electrónico: HHSHIPPProgram@mt.gov	Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178
--	--

NEVADA – Medicaid	NEW HAMPSHIRE – Medicaid
Sitio web de Medicaid: http://dhcnp.nv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900	Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Teléfono: 603-271-5218 Número gratuito para el programa HIPP: 1-800-852-3345, extensión. 5218
NEW JERSEY – Medicaid y CHIP	NEW YORK – Medicaid
Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dm_ahs/clients/medicaid/ Teléfono de Medicaid: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710	Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831
NORTH CAROLINA – Medicaid	NORTH DAKOTA – Medicaid
Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov/ Teléfono: 919-855-4100	Sitio web: http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/ Teléfono: 1-844-854-4825
OKLAHOMA – Medicaid y CHIP	OREGON – Medicaid
Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742	Sitio web: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx http://www.oregonhealthcare.gov/index-es.html Teléfono: 1-800-699-9075
PENSILVANIA – Medicaid y CHIP	RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Program.aspx Teléfono: 1-800-692-7462 Sitio web de CHIP: Programa de Seguro Médico para Niños (Children's Health Insurance Program, CHIP) (pa.gov) Teléfono de CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)	Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 1-855-697-4347, o 401-462-0311 (Línea compartida directa de RIte)
SOUTH CAROLINA – Medicaid	SOUTH DAKOTA - Medicaid
Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820	Sitio web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059
TEXAS – Medicaid	UTAH – Medicaid y CHIP
Sitio web: http://gethipptexas.com/ Teléfono: 1-800-440-0493	Sitio web de Medicaid: https://medicaid.utah.gov/ Sitio web de CHIP: http://health.utah.gov/chip Teléfono: 1-877-543-7669
VERMONT-Medicaid	VIRGINIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: Programa de Pago de las Primas del Seguro Médico (Health Insurance Premium Payment, HIPP) Departamento de Acceso a la Salud de Vermont (Department of Vermont Health Access) Teléfono: 1-800-250-8427	Sitio web: https://www.coverva.org/en/famis-select https://www.coverva.org/en/hipp Teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924
WASHINGTON – Medicaid	WEST VIRGINIA – Medicaid y CHIP

Sitio web: https://www.hca.wa.gov/ Teléfono: 1-800-562-3022	Sitio web: https://dhhr.wv.gov/bms/ http://mywvhipp.com/ Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 Teléfono gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)
WISCONSIN – Medicaid y CHIP	WYOMING – Medicaid
Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002	Sitio web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Teléfono: 1-800-251-1269

Para saber si otros estados han añadido un programa de asistencia con el pago de primas desde el 31 de enero de 2023, o para obtener más información sobre derechos de inscripción especiales, póngase en contacto con:

U.S. Department of Labor
Employee Benefits Security Administration
www.dol.gov/agencies/ebsa
1-866-444-EBSA (3272)

U.S. Department of Health and Human Services
Centers for Medicare & Medicaid Services
www.cms.hhs.gov
1-877-267-2323, opción de menú 4, ext. 61565

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites

Según la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act) de 1995 (Pub. L. 104-13) (PRA), ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información, a menos que dicha recopilación muestre un número de control válido de la Oficina de Gestión y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El Departamento señala que una agencia federal no puede realizar ni patrocinar una recopilación de información, a menos que esté aprobada por la OMB conforme a la PRA y muestre un número de control de la OMB actualmente válido, y que el público no está obligado a responder a una recopilación de información, a menos que muestre un número de control OMB actualmente válido. Consulte el Título 44 del Código de los Estados Unidos (United States Code, USC), Parte 3507. Además, sin perjuicio de otras disposiciones legales, ninguna persona estará sujeta a sanciones por no cumplir con una recopilación de información si la recopilación de información no muestra un número de control de la OMB actualmente válido. Consulte el Título 44 del USC, Parte 3512.

Se estima que la carga de presentación de informes públicos para esta recopilación de información es de aproximadamente siete minutos por encuestado. Se anima a las partes interesadas a enviar comentarios sobre la estimación de la carga o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, al U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, Office of Policy and Research, Attention: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, NW, Room N-5718, Washington, DC 20210 o al correo electrónico ebsa.opr@dol.gov y mencionar el número de control de la OMB 1210-0137.

Número de control de la OMB 1210-0137 (expira el 31/01/2026)

SEIU HEALTHCARE NW HEALTH BENEFITS TRUST
Aviso de ampliación de plazos debido al Covid-19

Lea atentamente este aviso, ya que puede afectar sus derechos a los beneficios y la cobertura.

De conformidad con las regulaciones federales, el Fideicomiso no tendrá en cuenta hasta un año durante el período de emergencia de salud pública de COVID-19 (el período comprendido entre el 1 de marzo de 2020 y el 10 de julio de 2023) a efectos del cómputo de determinados plazos y limitaciones, que se describen a continuación. Únicamente se verán afectados los plazos que se describen a continuación, y todas las demás disposiciones del Plan permanecerán en vigor.

En general, si el plazo afectado comenzó a correr antes del 1 de marzo de 2020, se pausa durante este período y los días restantes se reanudarán el 10 de julio de 2023. Si el plazo comenzó a correr durante este período, comenzará el 10 de julio de 2023. En ningún caso el plazo se podrá ampliar más de un año adicional.

Continuación de cobertura en virtud de la ley COBRA

Esta ampliación temporal afecta a los siguientes plazos relacionados con la continuación de la cobertura en virtud de la ley COBRA:

- Su período de 60 días para elegir la continuación de la cobertura en virtud de COBRA tras experimentar un evento calificador.
- El período de 45 días después de que usted elige COBRA antes de que venza su primer pago.
- El período de gracia de 30 días para realizar cada pago mensual de prima de COBRA.

Tenga en cuenta que la cobertura en virtud de la ley COBRA no se proporcionará en un mes en particular hasta que haya pagado la prima de ese mes.

Período de inscripción especial

Los participantes y dependientes generalmente disponen de 30 (a veces 60) días para inscribirse en el Plan después de perder otra cobertura o después de atravesar determinados eventos de vida como el matrimonio, el nacimiento o la adopción. Este plazo de 30 o 60 días se amplió temporalmente.

Reclamos y apelaciones

El Plan limita el plazo en el que puede presentar un reclamo de beneficios después de recibir los servicios. Por lo general, debe presentar un reclamo en el plazo de un año a partir de la fecha de prestación de los servicios. Si se deniega su reclamo de beneficios, por lo general, dispone de 180 días para solicitar la revisión de dicha denegación por parte del Plan. También puede tener derecho a solicitar una revisión externa de una decisión de apelación en los cuatro meses siguientes.

Estos plazos de reclamos y apelaciones se ampliaron temporalmente durante el período descrito anteriormente, lo que significa que puede disponer de tiempo adicional para presentar reclamos y solicitar su revisión.

Más información

Para obtener más información o si tiene preguntas específicas sobre sus beneficios, póngase en contacto con la Oficina Administrativa del Fideicomiso.