



Fondo de Asistencia para Empleados Culinarios y Hoteleros del Sur de la Florida

c/o National Employee Benefits Administrators, Inc.
2010 N.W. 150th Avenue, Suite 200 | Pembroke Pines, FL 33028
1(833) 304-0380 | Fax (954) 266-2079



Bienvenido al Fondo de Asistencia para Empleados Culinarios y Hoteleros del Sur de la Florida (mencionado en este documento como el "Plan") El Plan proporciona atención médica y otros beneficios a los empleados elegibles (y sus dependientes) de conformidad con un Convenio Colectivo de Trabajo (Collective Bargaining Agreement o "CBA") entre su Empleador y UNITE HERE Local 355, Local 23, Local 737 o Local 362 (o cualquier otro local o sindicato aceptado para participar en el Plan). Para tener derecho a los beneficios conforme a este Plan, primero deberá cumplir con los requisitos descritos en su Convenio Colectivo de Trabajo. La mayoría de los CBA requieren que los Empleados trabajen por lo menos un cierto número de horas o cumplan otras condiciones antes de que se le exija a su Empleador hacer contribuciones al Plan en su nombre. Consulte su CBA o hable con su Empleador o Sindicato para conocer sus requisitos específicos. Su empleador deberá hacer contribuciones al Plan en su nombre una vez que usted cumpla los requisitos de su CBA, y tendrá derecho a inscribirse en el Plan y recibir beneficios de atención médica.

¡Vamos a conocernos! Una vez que reúna los requisitos, deberá inscribirse en el Plan para recibir los beneficios. [Rellene y envíe los materiales de inscripción adjuntos lo antes posible para inscribirse en el Plan y recibir los beneficios.](#) Consulte también con su Sindicato o Empleador para averiguar si existen requisitos administrativos adicionales necesarios para completar su inscripción.

Además, es posible que tenga "derechos especiales de inscripción" en ciertas circunstancias, como por ejemplo si reúne los requisitos para la cobertura bajo este Plan y adquiere un nuevo dependiente o pierde otra cobertura. Consulte la notificación incluida en estos materiales para obtener información detallada sobre sus derechos especiales de inscripción.

Puede entregar sus documentos de inscripción de varias maneras.

- Ingresar a <https://www.nebainc.com/SendFile.aspx> y usar la carga segura de archivos. Si ingresa al sitio en su dispositivo móvil, puede usar la cámara de su dispositivo para cargar fotos de los documentos. Las fotos deberán ser lo suficientemente claras para permitir su lectura y deberá incluir fotos de todas las páginas de los formularios.
- Enviarlos por correo postal a NEBA a la dirección 2010 NW 150th Avenue, Suite 200 | Pembroke Pines, FL 33028.
- Enviarlos por fax a NEBA al (954) 266-2079.

Adjuntos con su kit de inscripción hay algunos elementos que le ayudarán a comprender su nuevo plan:

- | | |
|--|---|
| ✓ Resumen de beneficios y cobertura (Summary of Benefits and Coverage o SBC) | ✓ Aviso general de los derechos de COBRA |
| ✓ Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer | ✓ Aviso de derechos especiales de inscripción |
| ✓ Aviso de cobertura acreditable | ✓ Aviso de prácticas de privacidad |



Fondo de Asistencia para Empleados Culinarios y Hoteleros del Sur de la Florida

c/o National Employee Benefits Administrators, Inc.

2010 N.W. 150th Avenue, Suite 200 | Pembroke Pines, FL 33028

1(833) 304-0380 | Fax (954) 266-2079



Formulario de inscripción

1. En primer lugar, cuéntenos algo sobre usted.

Por favor, complete todos los recuadros.

Nombre		Inicial del segundo nombre		Apellido	
Sexo	☒ Masculino ☒ Femenino	Fecha de nacimiento	//	NSS	
Dirección					
Ciudad, Estado CP			Estado civil		
Nombre del empleador					

2. ¿Cómo podemos contactarlo?

Dirección de correo electrónico:			
Teléfono:	Fijo: () -	Móvil: () -	Trabajo: () -

3. ¿Desea inscribirse para la cobertura del Plan?

Seleccione una de las siguientes opciones.

☒	Sí, deseo inscribirme para cobertura solo para empleados.	Solicito cobertura bajo el Fondo de Asistencia para Empleados Culinarios y Hoteleros del Sur de la Florida Fondo de Asistencia (el Plan). Si estoy inscribiendo dependientes, entiendo que se me solicitará que presente documentos justificativos que demuestren que mis dependientes reúnen los requisitos para la cobertura, como los certificados de nacimiento de mis hijos o mi certificado de matrimonio.
☒	Sí, deseo inscribirme a mí y a mis dependientes elegibles.	Firma: _____ Fecha: _____
☒	NO, no deseo inscribirme. Tengo otra cobertura de plan de salud.	Entiendo que, al rechazar la cobertura, estoy renunciando a los derechos a todos los beneficios a los que de otra manera tendría derecho. Entiendo que si no tengo seguro de salud seré penalizado con una multa por parte del gobierno federal bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible.
☒	NO, no deseo inscribirme. <u>No</u> tengo otra cobertura de plan de salud.	Firma: _____ Fecha: _____

4. ¿Cuál es el nombre del médico que le prestará atención primaria?

Si actualmente no tiene un médico de atención primaria (Primary Care Physician o PCP) perteneciente a la red, se le asignará uno. Es importante establecer una relación con un PCP antes de enfermarse. Si no lo hace, puede ser difícil concertar una cita cuando la necesite. Para agregar un PCP, llame al NHP (South Florida) al número (844) 651-3833 o al UHC (todos los demás) al número (855) 828-7715.

Nombre del médico:	Dirección del médico:
Número de teléfono del médico:	

5. ¿Está inscribiendo dependientes? De ser así, rellene la sección siguiente.

El plan ofrece cobertura para su cónyuge o pareja de hecho y sus hijos hasta la edad de 26 años. Los hijos adultos pueden estar cubiertos hasta la edad de 30 años si se cumplen ciertas condiciones. Para inscribir a sus dependientes deberá entregar copias de sus tarjetas de Seguridad Social (si están disponibles), certificados de nacimiento (obligatorios para hijos) y un certificado de matrimonio (obligatorio para cónyuges e hijastros). Es posible que otros documentos sean necesarios y se podrán solicitar a NEBA. Para agregar dependientes, complete sus datos a continuación y envíe copias de los documentos requeridos a NEBA por fax, correo electrónico seguro, carga en sitio web o correo postal dentro de un plazo de 15 días. Para inscribir a su pareja de hecho como dependiente o inscribir a su hijo dependiente mayor de 26 años, deberá completar documentos adicionales. **Los dependientes no serán inscritos en el Plan si la documentación no se envía a su debido tiempo.** Comuníquese con NEBA al 1 (833) 304-0380 para solicitar estos documentos adicionales.

Rellene la siguiente sección si está inscribiendo a su cónyuge, pareja de hecho y/o sus hijos dependientes.			
Dependiente 1:			
Nombre completo:	Parentesco:	NSS:	F. Nac.: / /
Médico de atención primaria:	Dirección:	Teléfono:	
Dependiente 2:			
Nombre completo:	Parentesco:	NSS:	F. Nac.: / /
Médico de atención primaria:	Dirección:	Teléfono:	
Dependiente 3:			
Nombre completo:	Parentesco:	NSS:	F. Nac.: / /
Médico de atención primaria:	Dirección:	Teléfono:	
Dependiente 4:			
Nombre completo:	Parentesco:	NSS:	F. Nac.: / /
Médico de atención primaria:	Dirección:	Teléfono:	
Dependiente 5:			
Nombre completo:	Parentesco:	NSS:	F. Nac.: / /
Médico de atención primaria:	Dirección:	Teléfono:	

6. Autorícenos a compartir su información de inscripción con su Empleador y su Sindicato

Para inscribirse en el Plan, deberá autorizar al Plan a compartir información sobre su inscripción con su Empleador y con su Sindicato. Usted tiene derecho a recibir beneficios bajo el Plan en base al Convenio Colectivo de Trabajo (CBA) de su Sindicato con su Empleador. Sin embargo, los beneficios se prestan a través de este Plan, que es independiente tanto de su Empleador como de su Sindicato. Su autorización para compartir información de inscripción es necesaria para gestionar el Plan de manera eficiente. También deberá firmar y conservar el formulario de autorización por duplicado que se incluye en este paquete de inscripción.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

YO, _____ (nombre en letra imprenta), autorizo el uso y la divulgación de información médica protegida como se describe a continuación.

Entiendo que mi inscripción y elegibilidad para los beneficios del Plan está condicionada a la entrega de esta autorización en relación con mi solicitud de inscripción. Entiendo que, si no concedo esta autorización, ni yo ni mis dependientes podremos inscribirnos en el Plan, y ni yo ni mis dependientes tendremos derecho a los beneficios del Plan.

Autorizo a NEBA y al Plan a revelar a mi Empleador y a mi Sindicato que he solicitado la inscripción en el Plan; que estoy inscrito en el Plan; y, si he inscrito a mis dependientes, el tipo de inscripción de dependientes que he seleccionado. Entiendo que NEBA, mi Empleador y mi Sindicato utilizarán la información sobre mi inscripción para administrar el Plan y determinar el derecho a los beneficios. Esta autorización es limitada y no incluye la autorización para compartir información médica, información a o sobre cualquier profesional médico o cualquier información sobre mis dependientes más allá de informar que inscribí a mis dependientes.

Mi Empleador actual es _____ (nombre en letra imprenta) ("Empleador").

Soy miembro de UNITE HERE Local _____ ("Sindicato").

He leído y entiendo las siguientes declaraciones sobre mis derechos:

- Entiendo que una vez que la información se divulgue a mi Empleador y a mi Sindicato, ya no estará sujeta a las protecciones de la normativa federal de privacidad y podrá ser utilizada y divulgada por mi Empleador o mi Sindicato.
- Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando una notificación por escrito a NEBA en 2010 NW 150th Avenue, Suite 200, Pembroke Pines, Florida 33028, o por correo electrónico a uhenrollment@nebainc.com. La revocación afectará a futuros usos o divulgaciones de la información protegida, pero no a cualquier información que ya haya sido divulgada.
- Entiendo que tengo derecho a recibir una copia firmada de esta autorización.
- Esta autorización no se extiende a notas de psicoterapia u otra información de salud no descrita aquí.
- Esta autorización mantendrá su vigencia mientras tenga derecho a los beneficios del Plan, o mientras sea empleado de un empleador que deba hacer contribuciones al Plan en mi nombre, según cual sea el período más largo. Si mi empleo con el empleador identificado anteriormente finaliza, y posteriormente soy empleado de otro empleador obligado a hacer contribuciones al Plan en mi nombre, esta autorización sigue vigente y todas las referencias al Empleador serán a mi empleador actual.

He leído y entendido la información anterior. Declaro que la firma que aparece a continuación es mía y estoy legalmente autorizado para firmar este documento. Mi firma autoriza la divulgación de la información descrita anteriormente.

Firma

Nombre en letra imprenta

Fecha

¡Eso es todo! Gracias por completar su formulario de inscripción.

****Por favor, firme y conserve esta página para sus archivos****

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

YO, _____ (nombre en letra imprenta), autorizo el uso y la divulgación de información médica protegida como se describe a continuación.

Entiendo que mi inscripción y elegibilidad para los beneficios del Plan está condicionada a la entrega de esta autorización en relación con mi solicitud de inscripción. Entiendo que, si no concedo esta autorización, ni yo ni mis dependientes podremos inscribirnos en el Plan, y ni yo ni mis dependientes tendremos derecho a los beneficios del Plan.

Autorizo a NEBA y al Plan a revelar a mi Empleador y a mi Sindicato que he solicitado la inscripción en el Plan; que estoy inscrito en el Plan; y, si he inscrito a mis dependientes, el tipo de inscripción de dependientes que he seleccionado. Entiendo que NEBA, mi Empleador y mi Sindicato utilizarán la información sobre mi inscripción para administrar el Plan y determinar el derecho a los beneficios. Esta autorización es limitada y no incluye la autorización para compartir información médica, información a o sobre cualquier profesional médico o cualquier información sobre mis dependientes más allá de informar que inscribí a mis dependientes.

Mi Empleador actual es _____ (nombre en letra imprenta) ("Empleador").

Soy miembro de UNITE HERE Local _____ ("Sindicato").

He leído y entiendo las siguientes declaraciones sobre mis derechos:

- Entiendo que una vez que la información se divulgue a mi Empleador y a mi Sindicato, ya no estará sujeta a las protecciones de la normativa federal de privacidad y podrá ser utilizada y divulgada por mi Empleador o mi Sindicato.
- Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando una notificación por escrito a NEBA en 2010 NW 150th Avenue, Suite 200, Pembroke Pines, Florida 33028, o por correo electrónico a uhenrollment@nebainc.com. La revocación afectará a futuros usos o divulgaciones de la información protegida, pero no a cualquier información que ya haya sido divulgada.
- Entiendo que tengo derecho a recibir una copia firmada de esta autorización.
- Esta autorización no se extiende a notas de psicoterapia u otra información de salud no descrita aquí.
- Esta autorización mantendrá su vigencia mientras tenga derecho a los beneficios del Plan, o mientras sea empleado de un empleador que deba hacer contribuciones al Plan en mi nombre, según cual sea el período más largo. Si mi empleo con el empleador identificado anteriormente finaliza, y posteriormente soy empleado de otro empleador obligado a hacer contribuciones al Plan en mi nombre, esta autorización sigue vigente y todas las referencias al Empleador serán a mi empleador actual.

He leído y entendido la información anterior. Declaro que la firma que aparece a continuación es mía y estoy legalmente autorizado para firmar este documento. Mi firma autoriza la divulgación de la información descrita anteriormente.

Firma

Nombre en letra imprenta

Fecha



Fondo de Asistencia para Empleados Culinarios y Hoteleros del Sur de la Florida

c/o National Employee Benefits Administrators, Inc.

2010 N.W. 150th Avenue, Suite 200 | Pembroke Pines, FL 33028

1(833) 304-0380 | Fax (954) 266-2079



Para: Todos los participantes y beneficiarios
De: Junta Directiva
Asunto: Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998

Este Plan está sujeto a la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998 (Women's Health and Cancer Rights Act o WHCRA). En consecuencia, se proporcionará la siguiente cobertura, según lo exigido por la WHCRA, a cualquier Participante que esté recibiendo beneficios en relación con una mastectomía y que elija la reconstrucción mamaria en relación con dicha mastectomía:

- (a) Todas las etapas de reconstrucción de la mama sobre la cual se realizó la mastectomía;
- (b) Cirugía y reconstrucción de la otra mama para lograr un aspecto simétrico;
- (c) Prótesis; y
- (d) Tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema.

La cobertura se proporcionará de una manera determinada por la aprobación del médico responsable del tratamiento y de la paciente.

Dicha cobertura puede estar sujeta a un deducible anual y requerir un coseguro según lo establecido en este documento, y de conformidad con las disposiciones para otros beneficios que se indican a continuación.



Fondo de Asistencia para Empleados Culinarios y Hoteleros del Sur de la Florida

c/o National Employee Benefits Administrators, Inc.

2010 N.W. 150th Avenue, Suite 200 | Pembroke Pines, FL 33028

1(833) 304-0380 | Fax (954) 266-2079



Aviso importante del Fondo de Asistencia para Empleados Culinarios y Hoteleros del Sur de la Florida acerca de su cobertura de medicamentos con receta y Medicare

Lea cuidadosamente este aviso y guárdelo en un lugar al que pueda acceder fácilmente. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos con receta con el Fondo de Asistencia para Empleados Culinarios y Hoteleros del Sur de la Florida y sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Dicha información puede ayudarle a decidir si desea o no inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si usted considera inscribirse, debería comparar su actual cobertura, incluidos los medicamentos que están cubiertos y a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos con receta de Medicare en su área. Al final de este aviso encontrará información sobre la manera de obtener ayuda para tomar decisiones respecto de su cobertura de medicamentos con receta.

Hay dos cosas importantes que debe saber acerca de su cobertura actual y la cobertura de medicamentos con receta de Medicare:

1. La cobertura de medicamentos con receta de Medicare está disponible desde 2006 para todos aquellos que tengan Medicare. Puede acceder a esta cobertura si se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare o en un plan Medicare Advantage (como un plan de seguro médico HMO o PPO) que ofrece cobertura de medicamentos con receta. Todos los planes de medicamentos de Medicare proporcionan por lo menos un nivel de cobertura estándar establecido por Medicare. Algunos planes también ofrecen una cobertura mayor por el pago de una prima mensual más alta.
2. El Fondo de Asistencia para Empleados Culinarios y Hoteleros del Sur de la Florida ha determinado que la cobertura de medicamentos con receta que ofrece, por término medio para todos los participantes del plan, paga tanto como la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare y por lo tanto se considera cobertura acreditable. Dado que su cobertura actual es una cobertura acreditable, podrá mantener esta cobertura sin pagar una prima mayor (una multa) si más tarde decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

¿Cuándo podrá inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

Usted podrá inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare una vez que sea elegible para Medicare por primera vez y cada año, del 15 de octubre al 7 de diciembre. Sin embargo, si pierde su actual cobertura acreditable para medicamentos con receta, por causas ajenas a su voluntad, también tendrá derecho a un Período Especial de Inscripción (Special Enrollment Period o SEP) de dos (2) meses para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

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

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, se sumará a la cobertura que tiene bajo el Fondo de Asistencia para Empleados Culinarios y Hoteleros del Sur de la Florida. Su cobertura actual paga otros gastos de salud, además de los medicamentos con receta, y seguirá teniendo derecho a recibir todos sus beneficios actuales de salud y medicamentos con receta si elige inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

¿Cuándo pagará una prima mayor (multa) por inscribirse en un plan de Medicare?

También debe saber que si abandona o pierde su cobertura actual con el Fondo de Asistencia para Empleados Culinarios y Hoteleros del Sur de la Florida y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare dentro de un plazo de sesenta y tres (63) días continuos después de que finalice su cobertura actual, podría tener que pagar una prima más alta (una multa) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si transcurren sesenta y tres (63) días o más sin que usted tenga una cobertura acreditable de medicamentos con receta, su prima mensual puede aumentar por lo menos un 1 % respecto a la prima base del beneficiario de Medicare por mes cada mes que no tenga dicha cobertura. Por ejemplo, si usted pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima puede ser por lo menos un 19% mayor que la prima base del beneficiario de Medicare. Es posible que usted tenga que pagar esta prima mayor (una multa) mientras tenga cobertura para medicamentos con receta de Medicare. Además, es posible que deba esperar hasta el siguiente mes de octubre para inscribirse.

Para obtener más información sobre este aviso o sobre su cobertura actual para medicamentos con receta...

Llame a National Employee Benefits Administrators, Inc. al (833) 304-0380. NOTA: Usted recibirá este aviso cada año. También lo recibirá antes del siguiente período en el que puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, y si cambia esta cobertura a través del Fondo de Asistencia para Empleados Culinarios y Hoteleros del Sur de la Florida. Usted también puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para obtener más información acerca de sus opciones de cobertura de medicamentos con receta de Medicare...

El manual "Medicare Y Usted" contiene información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos con receta. Medicare le enviará por correo una copia del manual todos los años. Medicare también podrá ponerse en contacto con usted de forma directa.

Para obtener más información acerca de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare:

- Ingrese a www.medicare.gov.
- Llame a su programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (consulte en la contratapa interior de su copia del manual "Medicare & You" su número de teléfono) para obtener ayuda personalizada.
- ☎Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene ingresos y recursos limitados, puede solicitar ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Para obtener más información sobre esta ayuda adicional, visite el sitio web de Seguridad Social en www.socialsecurity.gov, o llame al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

RECUERDE: Guarde este aviso de cobertura acreditable. Si usted decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, se le puede exigir que presente una copia de esta notificación para demostrar la existencia o no de cobertura acreditable y, por lo tanto, si está obligado a pagar una prima mayor (una multa).

Nombre de la Entidad/Remitente:	South Florida Hotel and Culinary Employees Welfare Fund
Contacto - Cargo/Oficina:	National Employee Benefits Administrators,
Dirección:	Inc. 2010 N.W. 150 th Avenue, Suite 200
	Pembroke Pines, FL 33028
Número de teléfono:	(833) 304-0380



Fondo de Asistencia para Empleados Culinarios y Hoteleros del Sur de la Florida

c/o National Employee Benefits Administrators, Inc.
2010 N.W. 150th Avenue, Suite 200 | Pembroke Pines, FL 33028
1(833) 304-0380 | Fax (954) 266-2079



INFORMACIÓN IMPORTANTE: Cobertura de continuación de COBRA y otras alternativas de cobertura de salud

Este aviso contiene información importante sobre su derecho a continuar su cobertura de atención médica en el Fondo de Asistencia para Empleados Culinarios y Hoteleros del Sur de la Florida (el Plan), así como otras opciones de cobertura de salud disponibles, incluida la cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos en www.HealthCare.gov o llame al [1800-318-2596](tel:18003182596).

Es posible que pueda obtener una cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos que cueste menos que la cobertura de continuación de COBRA. Lea la información en este aviso con mucha atención antes de tomar su decisión.

¿Qué es la continuación de la cobertura de COBRA? La ley federal exige que la mayoría de los planes de salud grupales (incluido este Plan) brinden a los empleados y sus familias la oportunidad de continuar su cobertura de atención médica a través de la cobertura de continuación de COBRA cuando exista un "evento calificador" que daría lugar a una pérdida de cobertura bajo el plan del empleador. La continuación de cobertura de COBRA es la misma cobertura que el Plan otorga a otros participantes o beneficiarios que no reciben continuación de la cobertura. Cada "beneficiario calificado" (descrito a continuación) que elige la continuación de cobertura de COBRA tendrá los mismos derechos bajo el Plan que otros participantes o beneficiarios cubiertos por el Plan.

¿Quiénes son los beneficiarios calificados? Cada persona ("beneficiario calificado") que estaba cubierto por el Plan en las siguientes categorías puede elegir la continuación de cobertura de COBRA:

- Empleado o antiguo empleado
- Cónyuge o ex cónyuge
- Hijo(s) dependiente(s) cubierto(s) por el Plan el día anterior al evento que causó la pérdida de la cobertura
- Hijo/a que va a perder la cobertura bajo el Plan porque *ya no es un dependiente bajo el Plan*.

¿Existen otras coberturas además de la continuación de cobertura de COBRA? Sí. En lugar de inscribirse en la continuación de cobertura de COBRA, puede buscar otras opciones de cobertura más asequibles para usted y su familia a través de las coberturas del Mercado de Seguros Médicos, Medicaid u otros planes de salud grupal (como el plan de un cónyuge) a través de lo que se denomina un "período de inscripción especial". Algunas de estas opciones pueden costar menos que la continuación de cobertura de COBRA. Debería comparar sus otras opciones de cobertura con la continuación de cobertura de COBRA y elegir aquella que sea la mejor para usted. Por ejemplo, si se cambia a otra cobertura, puede pagar más de su bolsillo de lo que haría bajo COBRA porque es posible que la nueva cobertura imponga un nuevo deducible. Cuando usted pierde la cobertura de salud le brinda su empleo, es importante que elija cuidadosamente entre la continuación de cobertura de COBRA y otras opciones de cobertura, porque una vez que haya elegido, puede ser difícil o imposible cambiar a otra opción de cobertura.

Si elijo la continuación de cobertura de COBRA, ¿cuándo comenzará mi cobertura y cuánto tiempo durará la cobertura? Si la elige, la continuación de cobertura de COBRA comenzará el primer día del mes siguiente a la pérdida de su cobertura conforme al Plan y puede durar hasta 18 meses.

La continuación de cobertura puede finalizar antes de la expiración del período de tiempo indicado anteriormente en ciertas circunstancias, como la falta de pago de las primas, el fraude o porque la persona queda cubierta por otro plan de salud grupal.

¿Puedo ampliar la duración de la continuación de cobertura de COBRA? Si elige la continuación de cobertura, es posible que pueda ampliar la duración de la continuación de cobertura si un beneficiario calificado está inhabilitado o si ocurre un segundo evento calificador. Deberá notificar a NEBA sobre cualquier discapacidad o un segundo evento calificador dentro de un cierto período de tiempo para poder ampliar el período de continuación de cobertura. Si no nos notifica sobre una discapacidad o un segundo evento calificador dentro del plazo requerido, esto afectará su derecho a ampliar el período de continuación de cobertura.

Para obtener más información sobre cómo ampliar la duración de la continuación de cobertura de COBRA, visite <http://www.dol.gov/ebsa/publications/cobraemployee.html>.

Es posible que pueda obtener una cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos que cueste menos que la cobertura de continuación de COBRA. A continuación, puede obtener más información sobre el Mercado.

¿Qué es el Mercado de Seguros Médicos? El Mercado ofrece una oportunidad de "ventanilla única" para encontrar y comparar las opciones de seguro médico privado. En el Mercado, podría ser elegible para un nuevo tipo de crédito fiscal que reduzca sus primas mensuales y reducciones de costos compartidos (cantidades que reducen sus costos de bolsillo por deducibles, coseguro y copagos) de inmediato y puede ver cuáles serán sus primas, deducibles y gastos de bolsillo antes de tomar la decisión de inscribirse. A través del Mercado también sabrá si tiene derecho a la cobertura gratuita o de bajo costo de [Medicaid](#) o al [Programa de Seguro Médico para Niños \(Children's Health Insurance Program o CHIP\)](#). Puede acceder al Mercado correspondiente a su estado en www.HealthCare.gov.

La cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos puede tener un costo menor que la continuación de cobertura de COBRA. El hecho de que se le ofrezca la continuación de cobertura de COBRA no limitará su elegibilidad para la cobertura o para un crédito fiscal a través del Mercado.

¿Cuándo puedo inscribirme en la cobertura del Mercado? Usted siempre tiene 60 días desde el momento en que pierde la cobertura de salud que tiene a través de su empleo para inscribirse en el Mercado. Esto es porque la pérdida de la cobertura de salud que tiene a través de su empleo es un evento de "inscripción especial". **Después de 60 días, su período de inscripción especial terminará y es posible que no pueda inscribirse, por lo que deberá actuar inmediatamente.** Además, durante el llamado período de "inscripción abierta", cualquier persona puede inscribirse en la cobertura del Mercado.

Para obtener más información sobre cómo inscribirse en el Mercado, por ejemplo, cuándo será el próximo período de inscripción abierta y qué debe saber sobre los eventos calificadores y los períodos especiales de inscripción, visite www.HealthCare.gov.

Si me inscribo en la continuación de cobertura de COBRA, ¿puedo cambiar a la cobertura en el Mercado? ¿Qué pasa si elijo la cobertura del Mercado y quiero volver a la continuación de cobertura de COBRA? Si se inscribe en la continuación de cobertura de COBRA, puede cambiar a un plan del Mercado durante un período de inscripción abierta del Mercado. También puede cancelar su continuación de cobertura de COBRA por anticipado y cambiar a un plan del Mercado si tiene otro evento calificador como un matrimonio o el nacimiento de un hijo a través de algo llamado "período especial de inscripción". Sin embargo, tenga cuidado si cancela su continuación de cobertura de COBRA sin otro evento calificador, ya que tendrá que esperar para inscribirse en la cobertura del Mercado hasta el próximo período de inscripción abierta y podría terminar sin cobertura de salud mientras tanto.

Una vez que haya agotado su continuación de cobertura de COBRA y expire la cobertura, podrá inscribirse en la cobertura del Mercado a través de un período especial de inscripción, incluso si la inscripción abierta del Mercado ha terminado. Si se inscribe a la cobertura del Mercado en lugar de la continuación de cobertura de COBRA, no puede cambiar a la continuación de cobertura de COBRA bajo ninguna circunstancia.

¿Puedo inscribirme en otro plan de salud grupal? Puede ser elegible para inscribirse en la cobertura bajo otro plan de salud grupal (como el plan de su cónyuge), si solicita la inscripción en los 30 días posteriores a la pérdida de cobertura.

Si usted o su dependiente eligen la continuación de cobertura de COBRA en lugar de inscribirse en otro plan de salud grupal para el cual usted sea elegible, tendrá otra oportunidad de inscribirse en un plan de salud grupal distinto en los 30 días posteriores a la pérdida de la continuación de cobertura de COBRA.

¿Qué factores debo considerar al elegir las opciones de cobertura? Al evaluar sus opciones de cobertura de salud, podría considerar:

- Primas: su plan anterior puede cobrar hasta el 102% de las primas totales del plan para la cobertura de COBRA. Otras opciones, como la cobertura en el plan de un cónyuge o en el Mercado, pueden ser menos costosas.
- Redes de proveedores: Si actualmente recibe atención o tratamiento para una enfermedad, un cambio en su cobertura de salud puede afectar su acceso a un proveedor de atención médica determinado. Se le recomienda averiguar si sus actuales proveedores de atención médica participan en una red al considerar opciones de cobertura de salud.
- Formularios de medicamentos: Si actualmente está tomando medicamentos, un cambio en su cobertura de salud puede afectar sus costos de medicamentos y, en algunos casos, su medicamento puede no estar cubierto por otro plan. Se le recomienda comprobar si sus medicamentos actuales están incluidos en los formularios de medicamentos para otras coberturas de salud.
- Pagos por indemnización: si usted perdió su trabajo y recibió un paquete de indemnización de su antiguo empleador, su antiguo empleador pudo haber ofrecido cubrir una parte o la totalidad de sus pagos de COBRA durante un período de tiempo. En esta situación, se le recomienda ponerse en contacto con el Departamento de Trabajo al 1-866-444-3272 para conversar sobre sus opciones.
- Áreas de servicio: algunos planes limitan sus beneficios a áreas específicas de servicio o cobertura, por lo que si se muda a otra área del país, es posible que no pueda utilizar sus beneficios. Se le recomienda averiguar si su plan tiene un área de servicio o cobertura u otras limitaciones similares.
- Otros costos compartidos: además de las primas o contribuciones para la cobertura de salud, es probable que tenga que pagar copagos, deducibles, coseguro u otras cantidades mientras usa sus beneficios. Se le recomienda averiguar cuáles son los requisitos de costo compartido para otras opciones de cobertura de salud. Por ejemplo, una opción puede tener primas mensuales mucho más bajas, pero un deducible mucho mayor y copagos más altos.

Para más información

Este aviso no describe completamente la continuación de cobertura u otros derechos bajo el Plan. Más información sobre la continuación de cobertura y sus derechos bajo el Plan está disponible en su descripción resumida del plan o del Administrador del Plan. Si tiene preguntas sobre la información en este aviso, sus derechos a la cobertura, o si desea una copia de la descripción resumida del plan, comuníquese con NEBA en las siguientes direcciones y números de teléfono:

National Employee Benefits Administrators, Inc.
1-833-304-0380 (llamada gratuita) • 954-266- 2079 (Fax)
2010 N.W. 150th Avenue, Suite 200
Pembroke Pines, FL 33028

Para obtener más información acerca de sus derechos bajo la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (Employee Retirement Income Security Act o ERISA), que incluye COBRA, la Ley de Protección al Paciente y Atención Asequible y otras leyes que afectan los planes de salud grupales, visite el sitio web de la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados del Departamento de Trabajo de EE. UU. www.dol.gov/ebsa o llame a su número gratuito al 1-866-444-3272. Para obtener más información sobre las opciones de seguro médico disponibles a través del Mercado de Seguros Médicos, y para localizar a un asistente en su área con quien pueda hablar acerca de las diferentes opciones, visite www.HealthCare.gov.

Mantenga a su Plan informado sobre sus cambios de domicilio.

Para proteger sus derechos y los de su familia, mantenga al Administrador del Plan informado sobre cualquier cambio en su dirección y las direcciones de los miembros de su familia. También debe guardar una copia de las notificaciones que envíe al Administrador del Plan.



Fondo de Asistencia para Empleados Culinarios y Hoteleros del Sur de la Florida

c/o National Employee Benefits Administrators, Inc.

2010 N.W. 150th Avenue, Suite 200 | Pembroke Pines, FL 33028

1(833) 304-0380 | Fax (954) 266-2079



DERECHOS DE LA LEY FEDERAL A INSCRIPCIÓN Y COBERTURA

Derechos especiales de inscripción bajo HIPAA

Los derechos de "inscripción especial" a veces están permitidos bajo la ley federal (HIPAA) para permitir a los empleados o sus dependientes inscribirse fuera del período de inscripción abierta o después de la elegibilidad inicial. Esta sección describe cuándo puede tener derechos especiales de inscripción.

Nuevos dependientes: Si se inscribe en el Plan en el momento en que es elegible por primera vez y sigue siendo elegible para la cobertura, puede inscribir a un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción, colocación para adopción o tutela legal mediante el envío de una solicitud de inscripción dentro de un plazo de 31 días después del matrimonio, nacimiento, adopción, colocación para adopción o tutela legal.

Los derechos limitados de "inscripción especial" también están permitidos bajo la ley federal (HIPAA) si usted rechaza o renuncia a la inscripción en el Plan y no tiene otro seguro de salud. Bajo estos derechos especiales de inscripción puede solicitar la inscripción para usted y/o sus dependientes fuera de la inscripción abierta si:

- Usted tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción, colocación para adopción o tutela legal y
- Solicita la inscripción dentro de los 31 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción, colocación para adopción o tutela legal.

Pérdida de otra cobertura: Si rechaza o renuncia a la inscripción en el Plan porque tiene otra cobertura de seguro de salud, es posible que se le permitan los derechos de "inscripción especial" en el futuro si:

- Usted está cubierto por otro plan de salud grupal o programa de seguro médico en el momento en que renuncia a la cobertura del Plan;
- Usted pierde la elegibilidad para la cobertura de atención médica que tenía en el momento de la renuncia, o el empleador que patrocina la otra cobertura deja de contribuir a dicha otra cobertura; y
- Realiza la solicitud de inscripción en el Plan dentro de los 30 días posteriores a la finalización de su otra cobertura.

Pérdida de Medicaid o Programa Estatal de Seguro de Salud Infantil: Existen reglas especiales para empleados y dependientes de empleados que son elegibles para Medicaid o un Programa Estatal de Seguro de Salud Infantil. Si un empleado (o dependiente elegible de dicho empleado) experimenta una pérdida de elegibilidad para Medicaid o un Programa Estatal de Seguro de Salud Infantil, tiene el derecho de Inscripción Especial a solicitar la inscripción en el Plan siempre que se solicite la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la pérdida de elegibilidad

Asistencia con primas: Si se determina que un empleado (o dependiente elegible de dicho empleado) es elegible para la asistencia con primas de Medicaid o de un Programa Estatal de Seguro de Salud Infantil (incluso bajo cualquier exención o proyecto de demostración realizado en relación con dicho programa), esa persona tiene el derecho de inscripción especial para solicitar la inscripción en el plan, siempre que se solicite la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la determinación de la asistencia.

A los empleados que se inscriban en el Plan bajo estas circunstancias especiales se les ofrecerán los mismos paquetes de beneficios y opciones de pago que los ofrecidos a los empleados en situaciones similares que se inscriban cuando sean elegibles por primera vez.



Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Este aviso describe de qué forma se puede
usar y divulgar su información médica y
cómo usted puede acceder a esta
información.

Revíselo cuidadosamente.

Sus derechos

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos.

Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

Obtener una copia de sus historiales clínicos y registros de reclamos

- Puede pedir ver u obtener una copia de sus historiales clínicos y pólizas de seguro, como también otra información médica que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacer esto.
- Le proporcionaremos una copia o resumen de su historial clínico y registros de reclamos, generalmente dentro de los 30 días de su solicitud. Es posible que le cobremos una tarifa razonable según el costo.

Pedir que corrijamos sus historiales clínicos y registros de reclamos

- Puede pedirnos que corrijamos su historial clínico y registros de reclamos si considera que son incorrectos o incompletos. Pregúntenos cómo hacer esto.
- Podemos decir que "no" a su solicitud, pero le explicaremos el motivo por escrito dentro de un plazo de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitar que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono de casa o de la oficina) o que le enviemos un correo a una dirección diferente.
- Consideraremos todas las solicitudes razonables, y debemos decir que "sí" si nos dice que correría peligro si no lo hacemos.

Pedir que limitemos lo que usamos o compartimos

- Puede pedir que **no** usemos o compartamos cierta información médica relativa a tratamientos, pagos o nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir que "no" si es posible que esto afecte su atención.

Obtener una lista de las personas con las que hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información de salud en los seis años anteriores a la fecha de la solicitud, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones a excepción de las relativas a tratamientos, pagos y operaciones de atención médica, como también ciertas otras divulgaciones (como cualquiera que usted nos haya pedido que hiciéramos). Proporcionaremos una contabilidad de un año de forma gratuita, pero cobraremos una tarifa razonable según el costo si solicita otra en el plazo de 12 meses.

Obtener una copia de este aviso de privacidad

- Puede solicitar una copia en papel de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso electrónicamente. Le proporcionaremos una copia en papel lo antes posible.

Elegir a alguien que actúe en su nombre

- Si le ha otorgado a alguien un poder notarial para asuntos médicos o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de realizar cualquier acción.

Presentar una queja si cree que se han infringido sus derechos

- Puede quejarse si cree que hemos infringido sus derechos poniéndose en contacto con nosotros utilizando la información de la contratapa.
- Puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos enviando una carta a 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201, llamando al número 1-877-696- 6775, o **visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/quejas/**.
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Sus opciones

Para cierta información médica, puede indicarnos sus elecciones sobre qué compartimos. Si tiene una preferencia clara respecto a la forma en que compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, hable con nosotros. Cuéntenos qué quiere que hagamos y seguiremos sus indicaciones.

En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de decirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas relacionadas con el pago de su atención
- Compartamos información en una situación de ayuda en caso de catástrofe

Si no puede indicarnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es por su bien. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza seria e inminente para la salud o seguridad.

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

- Fines de marketing
- Venta de su información

Nuestros usos y divulgaciones

¿Cómo usamos o compartimos su información médica normalmente?

Normalmente utilizamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

Ayudar a administrar la atención médica que recibe	• Podemos usar su información médica y compartirla con los profesionales que le están tratando.	Ejemplo: Un médico nos envía información sobre su diagnóstico y su plan de tratamiento para que podamos organizar servicios adicionales.
Gestionar nuestra organización	• Podemos usar y divulgar su información para gestionar nuestra organización y comunicarnos con usted cuando sea necesario • No se nos permite utilizar información genética para decidir si le daremos cobertura y el precio de esa cobertura. Esto no se aplica a planes de atención a largo plazo.	Ejemplo: Usamos su información médica para desarrollar mejores servicios para usted.
Pagar sus servicios de salud	• Podemos usar y revelar su información médica cuando pagamos sus servicios médicos.	Ejemplo: Compartimos Información acerca de usted con su plan dental para coordinar el pago de su tratamiento odontológico.
Administrar su plan	• Podemos divulgar su información médica al patrocinador de su plan de salud para la administración del plan.	Ejemplo: Su compañía nos contrata para proporcionar un plan de salud, y nosotros proporcionamos a su compañía ciertas estadísticas para explicar las primas que cobramos.

continúa en la página siguiente

Nuestros usos y divulgaciones

¿De qué otro modo podemos usar o compartir su información médica?

Se nos permite o se requiere que compartamos su información de otras maneras, generalmente de maneras que contribuyen al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir muchas condiciones legales antes de que podamos compartir su información con estos fines. Si desea más información, consulte:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Ayudar en
cuestiones de
salud pública y
seguridad

- Podemos compartir su información médica para ciertas situaciones, tales como:
 - Prevenir enfermedades
 - Ayudar en retiradas de productos
 - Informar sobre reacciones adversas a medicamentos
 - Informar sobre sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
 - Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona

Investigar

- Podemos usar o compartir su información para la investigación médica.

Cumplir con
la ley

- Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo exigen, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quiere comprobar que estamos cumpliendo con los requisitos de la ley federal de privacidad.

Responder a solicitudes de donación de tejidos y órganos y colaborar con un médico forense o un director de funeraria

- Podemos compartir su información médica con organizaciones de obtención de órganos.
- Podemos compartir información de salud con un forense, médico forense o director de funeraria cuando fallezca una persona.

Atender peticiones de compensación de trabajadores, de las autoridades policiales y otras peticiones del gobierno

- Podemos usar o compartir información médica sobre usted:
 - Para reclamaciones de compensación de trabajadores
 - Para fines policiales o con un agente de orden público
 - Con agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley
 - Para funciones gubernamentales especiales tales como el ejército, la seguridad nacional y los servicios de protección presidencial

Responder a pleitos y acciones legales

- Podemos compartir su información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

Nuestras responsabilidades

- La ley nos exige mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le haremos saber de inmediato si se produce un incumplimiento que pueda haber puesto en peligro la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos cumplir con las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y proporcionarle una copia del mismo.
- No usaremos ni compartiremos su información de otra forma que no sea la descrita aquí a menos que nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos hacerlo, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Si desea más información, consulte:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html

Cambios en las condiciones de este aviso

Podremos cambiar las condiciones de este aviso, y dichos cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible si se solicita, en nuestro sitio web, y le enviaremos una copia por correo.

Este aviso de prácticas de privacidad se aplica a las siguientes organizaciones.

Si tiene alguna pregunta con respecto a este aviso o los temas tratados en él, puede comunicarse con el Director Administrativo del Plan en:

*National Employee Benefits Administrators, Inc.
2010 N.W. 150th Avenue, Suite 200, Pembroke Pines, FL 33028 1-833-304-0380.*
