



***Avisos importantes sobre los
beneficios de salud de grupo para empleados***
Boehringer Ingelheim
2024

Avisos importantes sobre cobertura de salud de grupo

Aunque no todos estos avisos se apliquen a su situación personal, revíselos y guarde este documento a modo de registro.

Índice

Aviso sobre Medicare Parte D	2
Aviso de reautorización del Programa de Seguro de Salud para Niños	4
Aviso de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud.....	8
Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer	14
La discriminación es ilegal	14
El mercado de seguros de salud	15

Aviso sobre Medicare Parte D

Aviso importante de Boehringer Ingelheim Sobre su cobertura de medicamentos con receta y Medicare

Lea este aviso detenidamente y guárdelo donde pueda encontrarlo. En él, hay información sobre su cobertura actual de medicamentos con receta de Boehringer Ingelheim y sobre sus opciones conforme a la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Esta información puede ayudarlo a decidir si quiere inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si está considerando hacerlo, debería comparar su cobertura actual, incluidos los medicamentos que están cubiertos y a qué costos, 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 acerca de dónde obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos con receta.

Hay dos cosas importantes que debe saber sobre 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 todas las personas inscritas en Medicare. Puede obtenerla si se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare o en un plan Medicare Advantage (como un plan HMO o PPO) que ofrezca cobertura de medicamentos con receta. Todos los planes de medicamentos de Medicare ofrecen como mínimo un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. También es posible que algunos planes ofrezcan mayor cobertura por una prima mensual más alta.
2. Boehringer Ingelheim ha determinado que, en promedio, la cobertura de medicamentos con receta que ofrece el plan para todos los participantes debe pagar lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare para considerarse cobertura acreditable. Dado que su cobertura existente es una cobertura acreditable, puede conservarla y no deberá pagar una prima más alta (una multa) si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

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

Puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare cuando comienza a cumplir con los requisitos para Medicare por primera vez y cada año desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Sin embargo, si pierde la cobertura acreditable actual de medicamentos con receta, por causas ajenas a usted, también cumplirá con los requisitos para un período de inscripción especial de dos (2) meses durante el que podrá inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

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

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, es posible que su cobertura actual de Boehringer Ingelheim se vea afectada. Si decide inscribirse y dar de baja la cobertura actual, tenga en cuenta que es posible que ni usted ni sus dependientes puedan volver a obtenerla.

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

Tenga en cuenta también que, si da de baja o pierde la cobertura actual de Boehringer Ingelheim y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días consecutivos después de que haya finalizado su cobertura actual, es posible que deba pagar una prima más alta (multa) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si usted permanece 63 días consecutivos o más sin cobertura acreditable de medicamentos con receta, es posible que su prima mensual aumente al menos un 1 % por mes de la prima de beneficiario básica de Medicare por cada mes que usted estuvo sin cobertura. Por ejemplo, si usted permanece diecinueve meses sin cobertura acreditable, en concordancia, su prima podría ser al menos un 19 % más alta que la prima de beneficiario básica de Medicare. Es posible que deba pagar esta prima más alta (multa) mientras tenga cobertura de medicamentos con receta de Medicare y que, además, deba esperar hasta el próximo octubre para inscribirse.

Obtener más información sobre sus opciones conforme a la cobertura de medicamentos con receta de Medicare

Encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos con receta en el manual *Medicare & You*. Medicare le enviará una copia del manual por correo todos los años. También puede que se comuniquen con usted directamente desde los planes de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos con receta de Medicare haga lo siguiente:

- Visite www.medicare.gov.
- Llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte el interior de la contratapa del manual *Medicare & You* para ver el número de teléfono) y obtenga ayuda personalizada.
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de los servicios TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

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

Comuníquese con la persona que se indica debajo para obtener más información. **NOTA:** Recibirá este aviso todos los años. También lo recibirá antes del próximo período en que pueda inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y si hay cambios en esta cobertura de Boehringer Ingelheim. Además, puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Recuerde: Conserve este aviso de cobertura acreditable. Si decide inscribirse en alguno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que deba presentar una copia de este aviso al inscribirse para demostrar si ha conservado o no la cobertura acreditable y para saber si, por consiguiente, tendrá que pagar una prima más alta (multa).

Fecha: 24 de septiembre de 2023

Nombre de la entidad o remitente: Boehringer Ingelheim

Contacto del puesto o de la oficina: HR Direct

Correo electrónico: hrdirect.rdg@boehringer-ingelheim.com

Número de teléfono: 1-800-558-5064

Aviso de reautorización del Programa de Seguro de Salud para Niños

Asistencia para el pago de primas conforme a Medicaid y al Programa de Seguro de Salud para Niños

Si usted o sus hijos cumplen con los requisitos para recibir cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP) y si los cumplen para recibir cobertura de salud a través de su empleador, es posible que su estado cuente con un programa de asistencia para el pago de primas, que puede ayudarlo a pagar la cobertura por medio de los fondos de sus programas de Medicaid o CHIP. Si ni usted ni sus hijos cumplen con los requisitos para recibir cobertura de Medicaid o de CHIP, usted no cumplirá con los requisitos para estos programas de asistencia para el pago de primas, pero es posible que pueda comprar cobertura de seguro individual a través del mercado de seguros de salud. 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 que se detallan a continuación, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para averiguar si está disponible la asistencia para el pago de primas.

Si usted o sus dependientes actualmente **NO** están inscritos en Medicaid o CHIP, y cree que usted o alguno de ellos podría cumplir con los requisitos para alguno de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado, llame al **1-877-KIDS NOW** o ingrese en www.insurekidsnow.gov para averiguar cómo solicitar la cobertura. Si reúne los requisitos, consulte con el estado para saber si este cuenta con un programa que pueda ayudarlo a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes cumplen con los requisitos para recibir ayuda para el pago de primas conforme a Medicaid o CHIP y al plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en su plan si aún no está inscrito. Esto se denomina oportunidad de "inscripción especial", **y usted debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días de haberse declarado que cumple con los requisitos para recibir asistencia para el pago de primas**. Si tiene preguntas sobre la inscripción en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo en www.askebsa.dol.gov o al **1-866-444-EBSA (3272)**.

Si vive en uno de los siguientes estados, es posible que cumpla con los requisitos para recibir asistencia para el pago de las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados tiene vigencia hasta el 31 de julio de 2023. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre el cumplimiento con los requisitos.

ALABAMA (Medicaid)	ALASKA (Medicaid)
Sitio web: http://myalhipp.com/ Teléfono: 1-855-692-5447	Programa de Pago de Primas del Seguro Médico de AK Sitio web: http://myakhipp.com/ Teléfono: 1-866-251-4861 Correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Cumplimiento de los requisitos 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 del Programa de Pago de Primas del Seguro Médico (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 en Colorado] y Child Health Plan Plus [CHP+])	FLORIDA (Medicaid)
<p>Sitio web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/ Centro de Contacto para Miembros de Health First Colorado: 1-800-221-3943; servicio de retransmisión del estado: 711 CHP+: https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus Servicios al Cliente de CHP+: 1-800-359-1991; servicio de retransmisión del estado: 711 Programa de Afiliación al Seguro de Salud (HIBI): https://www.mycohibi.com/ Servicios al Cliente de HIBI: 1-855-692-6442</p>	<p>Sitio web: https://www.flmedicaidprecovery.com/flmedicaidprecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268</p>
GEORGIA (Medicaid)	INDIANA (Medicaid)
<p>Sitio web del HIPP de Georgia: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162; presione 1 Sitio web del CHIPRA de Georgia: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Teléfono: 678-564-1162; presione 2</p>	<p>Healthy Indiana Plan para adultos de 19 a 64 años con bajos ingresos Sitio web: http://www.in.gov/fssa/hip/ Teléfono: 1-877-438-4479 Resto de la cobertura de Medicaid Sitio web: https://www.in.gov/medicaid/ Teléfono: 1-800-457-4584</p>
IOWA (Medicaid y CHIP [Programa Niños Sanos en Iowa o 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: 1-800-967-4660</p>
KENTUCKY (Medicaid)	LUISIANA (Medicaid)
<p>Sitio web del Programa Integrado de Pago de Primas del Seguro de Salud de Kentucky (KI-HIPP): https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Teléfono: 1-855-459-6328 Correo electrónico: KIHIPP.PROGRAM@ky.gov Sitio web del KCHIP: https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-877-524-4718 Sitio web de Medicaid de Kentucky: https://chfs.ky.gov/agencies/dms</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 TTY: Servicio de retransmisión de Maine 711 Sitio web de la prima del seguro de salud privado: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-977-6740 TTY: Servicio de retransmisión de Maine 711</p>	<p>Sitio web: https://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840 TTY: 711 Correo electrónico: masspremassistance@accenture.com</p>

<p align="center">MINNESOTA (Medicaid)</p> <p>Sitio web: 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 align="center">MISURI (Medicaid)</p> <p>Sitio web: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005</p>
<p align="center">MONTANA (Medicaid)</p> <p>Sitio web: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084 Correo electrónico: HSHIPPProgram@mt.gov</p>	<p align="center">NEBRASKA (Medicaid)</p> <p>Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178</p>
<p align="center">NEVADA (Medicaid)</p> <p>Sitio web de Medicaid: http://dhcnp.nv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900</p>	<p align="center">NUEVO HAMPSHIRE (Medicaid)</p> <p>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, ext. 5218</p>
<p align="center">NUEVA JERSEY (Medicaid y CHIP)</p> <p>Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/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</p>	<p align="center">NUEVA YORK (Medicaid)</p> <p>Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831</p>
<p align="center">CAROLINA DEL NORTE (Medicaid)</p> <p>Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov/ Teléfono: 919-855-4100</p>	<p align="center">DAKOTA DEL NORTE (Medicaid)</p> <p>Sitio web: https://www.hhs.nd.gov/healthcare Teléfono: 1-844-854-4825</p>
<p align="center">OKLAHOMA (Medicaid y CHIP)</p> <p>Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742</p>	<p align="center">OREGÓN (Medicaid)</p> <p>Sitio web: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-800-699-9075</p>
<p align="center">PENSILVANIA (Medicaid y CHIP)</p> <p>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 de Salud para Niños (CHIP) (pa.gov) Teléfono de CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)</p>	<p align="center">RHODE ISLAND (Medicaid y CHIP)</p> <p>Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 1-855-697-4347, o bien 401-462-0311 (línea directa de Rite Share)</p>
<p align="center">CAROLINA DEL SUR (Medicaid)</p> <p>Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820</p>	<p align="center">DAKOTA DEL SUR (Medicaid)</p> <p>Sitio web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059</p>

TEXAS (Medicaid)	UTAH (Medicaid y CHIP)
Sitio web: Programa de Pago de Primas del Seguro Médico Salud y Servicios Humanos de Texas 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 Primas del Seguro Médico Departamento de Acceso a la Salud de Vermont Teléfono: 1-800-250-8427	Sitio web: https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs Teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924
WASHINGTON (Medicaid)	VIRGINIA OCCIDENTAL (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 conocer si más estados han agregado un programa de asistencia para el pago de las primas desde el 31 de julio de 2023 o para obtener más información sobre los derechos de inscripción especial, comuníquese con alguna de las siguientes entidades:

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

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.
Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
www.cms.hhs.gov
1-877-267-2323, opción 4 del menú, ext. 61565

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites

De conformidad con la Ley de Reducción de Trámites (PRA) de 1995 (ley pública 104-13), ninguna persona tiene la obligación de responder una forma de recopilación de información, a menos que esta tenga a la vista un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El Departamento advierte que una agencia federal no puede llevar a cabo ni patrocinar una recopilación de información, a menos que la OMB la apruebe en virtud de la ley PRA y la forma de recopilación tenga un número de control actualmente válido de la OMB. El público no tiene la obligación de responder una forma de recopilación de información, a menos que esta tenga un número de control actualmente válido de la OMB. Consulte la sección 3507 del título 44 del Código de Estados Unidos (USC). Además, sin perjuicio de cualquier otra disposición legal, ninguna persona quedará sujeta a sanciones por no cumplir con una recopilación de información si dicha recopilación no tiene un número de control actualmente válido de la OMB. Consulte la sección 3512 del título 44 del Código de Estados Unidos (USC).

Se estima que el tiempo necesario para realizar esta recopilación de información es, en promedio, de unos siete minutos por persona. Las partes interesadas pueden enviar comentarios con respecto al tiempo necesario o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas sugerencias para reducir este tiempo, a la siguiente dirección: U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, Office of Policy and Research, Attention: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210. También pueden enviar un correo electrónico a ebsa.opr@dol.gov y hacer referencia al número de control de la OMB 1210-0137.

N.º de control de la OMB: 1210-0137 (vence el 31 de enero de 2026)

Aviso de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud

Aviso de prácticas de privacidad según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud para el plan de salud de grupo

En este aviso de prácticas de privacidad, se describe cómo puede usarse y divulgarse su información médica y cómo usted puede obtener acceso a ella. Léalo detenidamente.

En este aviso de prácticas de privacidad (el "Aviso"), se describen las obligaciones legales del plan médico y dental de Boehringer Ingelheim USA Corporation y sus filiales (el "Plan"), y sus derechos legales con respecto a su información protegida de salud que mantiene el Plan según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA) de 1996 y la Ley de Tecnología de la Información para la Salud para la Salud Económica y Clínica (HITECH). Entre otras cuestiones, en este Aviso se describe cómo puede usarse o divulgarse su información protegida de salud para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de cuidado de salud, o para todo otro propósito según lo permita o exija la ley.

La norma de privacidad de la HIPAA solo protege la información médica conocida como "información protegida de salud". En general, es información de salud, incluida la demográfica, que proporciona usted o que crea o recibe un proveedor del cuidado de la salud, un centro de compensación del cuidado de salud, un plan de salud o su empleador en nombre de un plan de salud de grupo. Es, además, información con la cual pueden identificarlo de forma individual y que se relaciona con lo siguiente:

1. Su salud física o mental o una enfermedad pasada, presente o futura.
2. El suministro de cuidado de salud para usted.
3. El pago pasado, presente o futuro por el suministro de cuidado de salud para usted.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o nuestras prácticas de privacidad, comuníquese con:

Contacto de privacidad: HR Direct

Teléfono: 1-800-558-5064

Correo electrónico: hrdirect.rdg@boehringer-ingelheim.com

Fecha de entrada en vigor

Este aviso entra en vigor el 27 de octubre de 2023.

Nuestras responsabilidades

Según la ley, el Plan tiene la obligación de hacer lo siguiente:

- mantener la privacidad de su información protegida de salud;
- proporcionarle ciertos derechos con respecto a su información protegida de salud;
- proporcionarle una copia de este Aviso en la que se detallen nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad relacionadas con su información protegida de salud;
- respetar los términos del Aviso que está actualmente vigente.

El Plan se reserva el derecho de modificar los términos de este Aviso y de hacer nuevas estipulaciones con respecto a su información protegida de salud que conserve el Plan, según lo permita o exija la ley. Si el Plan hace algún cambio sustancial en este Aviso, le proporcionará una copia del *Aviso de prácticas de privacidad* revisado, ya sea por entrega directa o por el correo de los Estados Unidos.

De qué manera el Plan puede usar o divulgar su información protegida de salud

Según la ley, en ciertas circunstancias, el Plan puede usar o divulgar su información protegida de salud sin su permiso. En las siguientes categorías, se describen las distintas formas en las que puede hacerlo. No se detallan todos los usos y divulgaciones posibles en cada categoría. Sin embargo, todas las formas en las que el Plan puede usar o divulgar información se incluirán en una de las categorías.

Para tratamiento. Se puede usar su información protegida de salud para facilitar el tratamiento médico o los servicios de proveedores. Sin embargo, Boehringer Ingelheim es patrocinador de un plan de salud de grupo y no es proveedor del cuidado de la salud; por lo tanto, no brinda tratamiento.

Para pagos. El Plan puede usar o divulgar su información protegida de salud con los siguientes fines: determinar si usted cumple con los requisitos para obtener los beneficios del Plan; facilitar el pago por el tratamiento y los servicios que recibe de proveedores del cuidado de la salud; determinar la responsabilidad de los beneficios según el Plan; o coordinar la cobertura que este brinda. Por ejemplo, es posible que el Plan le informe a su proveedor del cuidado de la salud sobre su historia clínica para determinar si un tratamiento en particular es experimental, de investigación o médicamente necesario, o para determinar si el Plan cubrirá el tratamiento. También es posible que comparta su información protegida de salud con un proveedor que brinda servicios de revisión de utilización o precertificación. De igual manera, es posible que la comparta con otra entidad a fin de brindar ayuda con la adjudicación o subrogación de reclamos de salud, o con otro plan de salud para coordinar los pagos por beneficios.

Para operaciones de cuidado de salud. El Plan puede usar o divulgar su información protegida de salud para otras operaciones que este realice. Estos usos y divulgaciones son necesarios para su buen funcionamiento. Por ejemplo, es posible que el Plan use su información médica para lo siguiente: evaluaciones de calidad y actividades de mejora; evaluación de riesgos, cálculo de primas y otras actividades relacionadas con la cobertura que brinda; presentar reclamos por cobertura de limitación de pérdidas (o de exceso de siniestralidad); realizar o coordinar revisiones médicas, servicios legales, de auditoría y programas de detección de fraude y abuso; planificación y desarrollo comerciales, como la administración de costos; y administración comercial y actividades administrativas generales del Plan. Sin embargo, no usará su información genética para fines de evaluación de riesgos.

Alternativas de tratamiento o beneficios y servicios relacionados con la salud. El Plan puede usar y divulgar su información protegida de salud para enviarle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que podrían interesarle.

A socios comerciales. El Plan puede tener un contrato con personas o entidades conocidas como “socios comerciales” para cumplir diversas funciones en nuestro nombre o para prestar ciertos tipos de servicios. Para cumplir estas funciones o para prestar estos servicios, los socios comerciales reciben, crean, conservan, transmiten, usan o divulgan su información protegida de salud, pero solo luego de haber acordado con nosotros, por escrito, implementar medidas de seguridad adecuadas con respecto a la información protegida de salud. Por ejemplo, el Plan puede divulgar tal información a un socio comercial para procesar sus reclamos por beneficios del Plan o para prestar servicios de apoyo, como administración eficaz de la cobertura, administración de beneficios farmacéuticos o subrogación, pero solo luego de que el socio comercial celebre un contrato con nosotros.

Según lo exige la ley. El Plan divulgará su información protegida de salud cuando así lo exija la ley federal, estatal o local. Por ejemplo, puede hacerlo cuando así lo exijan las leyes de seguridad nacional o las leyes de divulgación de salud pública.

Para evitar una amenaza grave contra la salud o la seguridad. El Plan puede usar y divulgar su información protegida de salud cuando fuera necesario para evitar una amenaza grave contra su salud o seguridad, o contra la salud o seguridad del público o de otra persona. Sin embargo, toda divulgación se haría solo a quien ayudara a evitar la amenaza. Por ejemplo, el Plan puede divulgar su información protegida de salud en un procedimiento relacionado con la licencia de un médico.

A los patrocinadores del Plan. Con el fin de administrar el Plan, este puede divulgar información protegida de salud a determinados empleados de Boehringer Ingelheim. Sin embargo, estos solo pueden usar o divulgar tal información si fuera necesario para cumplir funciones administrativas del plan o si así lo exigiera la HIPAA, a menos que usted haya autorizado otras divulgaciones. Su información protegida de salud no puede usarse para fines laborales sin su autorización específica.

Situaciones especiales

Además de lo descrito, en las siguientes categorías se detallan otras posibles formas en las que el Plan puede usar o divulgar información protegida de salud sin su autorización específica. No se detallan todos los usos y divulgaciones posibles en cada categoría. Sin embargo, todas las formas en las que el Plan puede usar o divulgar información se incluirán en una de las categorías.

Donación de órganos y tejidos. Si usted es donante de órganos, el Plan puede divulgar su información protegida de salud, después de su muerte, a organizaciones dedicadas a la obtención de órganos o al trasplante de órganos, ojos o tejido, según sea necesario para facilitar la donación y el trasplante de órganos o tejido.

Militar. Si usted es miembro de las Fuerzas Armadas, el Plan puede divulgar información protegida de salud según lo exijan las autoridades del mando militar. También puede divulgar tal información sobre personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera adecuada.

Indemnización a trabajadores. El Plan puede divulgar su información protegida de salud para programas de indemnización a trabajadores o programas similares, pero solo según lo autoricen las leyes relacionadas con dichos programas que brindan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo, y en la medida necesaria para cumplir con tales leyes.

Riesgos de salud pública. El Plan puede usar o divulgar su información protegida de salud para actividades de salud pública. Por lo general, se incluyen las siguientes:

- prevenir o controlar una enfermedad, lesión o discapacidad;
- informar nacimientos y muertes;
- denunciar abuso infantil o negligencia;
- informar reacciones a medicamentos o problemas con productos;
- notificar a las personas sobre la retirada del mercado de productos que usen;
- notificar a una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad o que podría tener riesgo de contraer o diseminar una enfermedad o una afección;
- notificar a la autoridad adecuada del Gobierno si el Plan cree que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. El Plan solo hará esta divulgación si usted está de acuerdo o según lo exija o autorice la ley.

Actividades de supervisión de la salud. El Plan puede divulgar su información protegida de salud a una agencia de supervisión de la salud para actividades que estén autorizadas por la ley. Tales actividades incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias. Son necesarias para que el Gobierno supervise el sistema de cuidado de salud, los programas del Gobierno y el cumplimiento con leyes de derechos civiles.

Demandas y disputas. Si es parte en una demanda o una disputa, el Plan puede divulgar su información protegida de salud en respuesta a una resolución judicial o administrativa. El Plan también puede divulgarla en respuesta a una citación, solicitud de inspección u otro proceso legal por parte de alguien involucrado en una disputa legal, pero solo si se han tomado iniciativas para informarle a usted sobre la solicitud o para obtener una resolución judicial o administrativa que proteja la información solicitada.

Cumplimiento de la ley. El Plan puede divulgar su información protegida de salud si un funcionario encargado del cumplimiento de la ley lo pide:

- en respuesta a orden judicial, citación, orden de allanamiento, citatorio o procesos similares;
- para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo esencial o una persona desaparecida;
- para averiguar sobre la víctima de un delito si, en ciertas circunstancias, el Plan no puede obtener el consentimiento de esta;
- para averiguar sobre una muerte que el Plan sospeche que es consecuencia de una conducta delictiva;
- para investigar una conducta delictiva.

Médicos forenses, peritos y directores funerarios. El Plan puede compartir información protegida de salud con un médico forense o un perito. Por ejemplo, esto puede ser necesario para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. También puede compartir información médica con directores funerarios cuando sea necesario para que lleven a cabo sus tareas.

Actividades de inteligencia y seguridad nacional. El Plan puede compartir su información protegida de salud con funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional que estén autorizadas por la ley.

Presos. Si usted está preso en una institución correccional o está bajo la custodia de un funcionario encargado del cumplimiento de la ley, el Plan puede divulgar su información protegida de salud a esta institución o persona **1)** para que la institución le brinde cuidado de salud; **2)** para proteger su salud y seguridad, y la salud y seguridad de otras personas, o **3)** para la salud y seguridad de la institución.

Investigación. El Plan puede divulgar su información protegida de salud a investigadores en las siguientes situaciones:

1. Cuando se han quitado los identificadores personales.
2. Cuando un consejo de revisión institucional o un consejo de prácticas privadas hayan revisado la propuesta de investigación y establecido protocolos para asegurar la privacidad de la información solicitada, y cuando hayan aprobado la investigación.

Divulgaciones requeridas

A continuación, se describen divulgaciones de su información protegida de salud que debe hacer el Plan.

Auditorías gubernamentales. El Plan tiene la obligación de divulgar tal información a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos cuando esta investigue o determine nuestro cumplimiento con la norma de privacidad de la HIPAA.

Divulgaciones a usted. Cuando usted lo solicite, el Plan tiene la obligación de divulgarle la parte de su información protegida de salud que contiene historias clínicas, registros de facturación y todo otro registro que se haya usado para tomar decisiones con respecto a sus beneficios de cuidado de salud. Cuando se solicite, el Plan también tiene la obligación de brindarle una explicación de la mayoría de las divulgaciones de esa información si fueron por razones diferentes a pagos, tratamientos u operaciones de cuidado de salud, y si la información no se divulgó conforme a su autorización individual.

Otras divulgaciones

Representantes personales. El Plan divulgará su información protegida de salud a personas que usted haya autorizado o a una persona designada como su representante personal, apoderada, etc., siempre que usted nos brinde una autorización o aviso por escrito y toda documentación de respaldo (es decir, un poder legal). Nota: Según la norma de privacidad de la HIPAA, no tenemos que divulgar información a un representante personal si creemos de manera razonable lo siguiente:

1. Usted ha sufrido o podría sufrir violencia doméstica, abuso o negligencia por parte de esa persona.
2. Tratar a esta persona como su representante podría ponerlo en peligro a usted.
3. Según el criterio profesional, no es de su conveniencia tratar a la persona como su representante personal.

Cónyuges y otros miembros de la familia. Solo con ciertas excepciones, el Plan enviará toda la correspondencia al empleado. Esto incluye correspondencia relacionada con el cónyuge y otros familiares del empleado que tienen cobertura según el Plan. También abarca correspondencia con información sobre cómo usan los beneficios del Plan el cónyuge y los familiares del empleado, e información sobre la denegación de cualquier beneficio del Plan a estos. Si una persona que tiene cobertura según el Plan ha solicitado restricciones o comunicaciones confidenciales (consulte “Sus derechos” a continuación), y si el Plan ha aceptado la solicitud, este enviará la correspondencia según lo dispuesto en dicha solicitud.

Autorizaciones. Su información protegida de salud se usará o divulgará para otros fines que no se hayan descrito aquí solo si lo autoriza por escrito. Por ejemplo, en general y en condiciones específicas, el Plan no usará ni divulgará sus notas psiquiátricas, no usará ni divulgará su información protegida de salud para fines de mercadotecnia, ni la venderá, a menos que nos autorice por escrito. Puede revocar las autorizaciones escritas cuando quiera, siempre que lo haga por escrito. Una vez que el Plan haya recibido la revocación por escrito, esta solo afectará los usos y divulgaciones futuros. No afectará ninguna información que se haya usado o divulgado según la autorización por escrito ni antes de haber recibido la revocación por escrito.

Sus derechos

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información protegida de salud:

Derecho a revisarla y copiarla. Tiene derecho a revisar y copiar cierta información protegida de salud que se use para tomar decisiones sobre los beneficios de su Plan. Si la información que solicita se conserva en formato electrónico, el Plan le brindará una copia electrónica. Si no es posible, acordará con usted enviársela en otra forma o formato. Si no pueden llegar a un acuerdo, el Plan le brindará una copia en formato papel.

Para revisar y copiar su información protegida de salud, debe enviar una solicitud por escrito al contacto de privacidad que figura en la primera página de este Aviso. Si solicita una copia de la información, el Plan puede cobrar una tarifa razonable por los costos de copiar, enviar por correo o usar otros suministros asociados con su solicitud.

En ciertas circunstancias, el Plan puede denegarle la solicitud de revisar la información y obtener una copia. Si se le deniega el acceso a su información médica, podrá enviar una solicitud por escrito al contacto de privacidad que aparece en la primera página de este Aviso para que se revise la denegación.

Derecho a solicitar una enmienda o modificación. Si cree que la información protegida de salud que el Plan tiene sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede pedirnos que la modifiquemos. Tiene derecho a solicitar enmiendas, siempre que sea información que conserve el Plan o que se conserve para este.

La solicitud debe ser por escrito, y debe enviarla al contacto de privacidad que figura en la primera página de este Aviso. Además, debe brindar un motivo que la respalde.

Si la solicitud no se hace por escrito o no incluye un motivo que la respalde, el Plan puede denegarla. También puede hacerlo si usted nos pide modificar información:

- que no sea parte de la información médica que conserva el Plan o se conserva para este;
- que no hayamos creado nosotros, a menos que la persona o entidad que lo hizo ya no esté disponible para modificarla;
- que no sea parte de la información que usted está autorizado a revisar o copiar;
- que ya sea correcta y esté completa.

Si el Plan deniega su solicitud, usted tiene derecho a presentar una declaración de desacuerdo ante nosotros, y toda futura divulgación de la información cuestionada incluirá su declaración.

Derecho a recibir una explicación de divulgaciones. Tiene derecho a recibir una explicación de ciertas divulgaciones de su información protegida de salud. La explicación no incluirá (1) divulgaciones para fines de tratamiento, pago u operaciones de cuidado de salud; (2) divulgaciones que se hayan hecho a usted; (3) divulgaciones que se hayan hecho conforme a su autorización; (4) divulgaciones que se hayan hecho a amigos o familiares en su presencia o debido a una emergencia; (5) divulgaciones por fines de seguridad nacional ni (6) divulgaciones que sean incidentales a divulgaciones admisibles.

Para solicitar esta lista o la explicación de divulgaciones, debe enviar una solicitud por escrito al contacto de privacidad que figura en la primera página de este Aviso. En la solicitud, se debe indicar el período que quiere que cubra la explicación, que no puede ser más de seis años antes de la fecha de la solicitud. También debe constar en qué forma quiere la lista (por ejemplo, en formato papel o electrónico). La primera lista que solicite en un período de 12 meses se le proporcionará sin cargo. Si solicita más listas, es posible que el Plan se las cobre. Este le notificará el costo, y usted puede elegir si retira o modifica la solicitud antes de que se generen gastos.

Derecho a solicitar restricciones. Tiene derecho a solicitar que se imponga una restricción o limitación en su información protegida de salud que el Plan usa o divulga para tratamientos, pagos u operaciones de cuidado de salud. Además, tiene derecho a solicitar que se imponga un límite en la información protegida de salud que el Plan divulgue a alguien que participe en su cuidado o lo pague, como un familiar o un amigo. Por ejemplo, puede pedirle al Plan que no use ni divulgue información sobre una operación a la que se haya sometido.

Salvo lo que se estipula en el siguiente párrafo, el Plan no está obligado a aceptar su solicitud. Sin embargo, si la acepta, respetará la restricción hasta que usted la revoque o hasta que lo notifiquen.

El Plan cumplirá con toda solicitud de restricción si (1) la divulgación se hace a un plan de salud para fines de pago u operaciones de cuidado de salud (y no para fines de tratamiento), salvo que lo exija la ley; y (2) la información protegida de salud corresponde solo a un artículo o servicio de cuidado de salud para el cual usted u otra persona hayan pagado en su totalidad al proveedor del cuidado de la salud participante.

Para solicitar las restricciones, debe enviar una solicitud por escrito al contacto de privacidad que figura en la primera página de este Aviso. En la solicitud, debe indicarle al Plan (1) qué información quiere limitar; (2) si quiere limitar el uso o la divulgación del Plan, o ambos; y (3) a quiénes quiere aplicar los límites (por ejemplo, divulgaciones a su cónyuge).

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales. Tiene derecho a solicitar que el Plan se comunique con usted por asuntos médicos de una manera determinada o en una ubicación definida. Por ejemplo, puede pedirle que se ponga en contacto con usted solo en el trabajo o por correo postal.

Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe enviar una solicitud por escrito al contacto de privacidad que figura en la primera página de este Aviso. No le pedirán el motivo de la solicitud. En ella se debe especificar cómo o dónde quiere que lo contacten. El Plan admitirá todas las solicitudes razonables.

Derecho a que se lo notifique de una violación de la información. Tiene derecho a que se lo notifique en caso de que el Plan (o un socio comercial) descubra que hubo una violación de la seguridad de su información protegida de salud.

Derecho a obtener una copia impresa de este aviso. Usted tiene derecho a obtener una copia impresa de este aviso. Puede pedirnos que se la brindemos en cualquier momento. Si ha aceptado recibir este aviso en formato electrónico, de todos modos, tiene derecho a obtener una copia impresa.

Para obtenerla, comuníquese con el contacto de privacidad que figura en la primera página de este Aviso.

Quejas

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede quejarse al Plan o a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Para presentar una queja al Plan, comuníquese con el contacto de privacidad que figura en la primera página de este Aviso. Todas las quejas deben presentarse por escrito.

No recibirá ninguna sanción ni represalia por presentar una queja a la Oficina de Derechos Civiles o a nosotros.

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

Esta ley exige a los planes de salud de grupo que cubren las mastectomías que también cubran cirugías reconstructivas y prótesis para después de las mastectomías. Como lo exige la ley, hemos incluido esta notificación para informarle las estipulaciones de la ley.

En función de la ley, una participante del plan que recibe beneficios para una mastectomía médicamente necesaria y que elige la reconstrucción del seno después de este procedimiento también recibirá cobertura para la reconstrucción del seno al cual se le realizó la mastectomía, la cirugía y la reconstrucción del otro seno para crear una apariencia simétrica. También recibirá cobertura para prótesis y tratamiento de las complicaciones físicas de todas las etapas de la mastectomía, incluido el linfedema.

Esta cobertura se brindará previa consulta con el médico tratante y la paciente, y estará sujeta a los mismos deducibles anuales y a las mismas estipulaciones de coseguro que se aplican para la mastectomía.

La discriminación es ilegal

En Boehringer Ingelheim, se cumple con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no se discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Tampoco se excluye a las personas ni se las trata de forma diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Boehringer Ingelheim brinda lo siguiente:

- Asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidad para que puedan comunicarse con nosotros de manera eficaz, como:
 - Intérpretes del lenguaje de señas calificados.
 - Información escrita en otros formatos (en letra grande, en audio, en formatos electrónicos accesibles, etc.).
- Servicios de idiomas gratuitos a personas cuyo idioma primario no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita esta notificación en otro idioma, comuníquese con HR Direct al 800-558-5064.

Si cree que en Boehringer Ingelheim no le brindaron estos servicios o lo discriminaron de alguna otra forma por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal a HR Direct. Puede presentar una queja formal en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, HR Direct está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja sobre derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. en formato electrónico a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles (<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>), por correo postal o por teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

En <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>, tiene disponibles formas de queja.

El mercado de seguros de salud

Puede adquirir un seguro de salud a través del mercado de seguros de salud. Si bien cualquier persona puede adquirir cobertura del mercado, no todos pueden recibir ayuda para pagarla. Para ayudarlo a revisar sus opciones, en este aviso se brinda información básica sobre el nuevo mercado y la cobertura de cuidado de salud que ofrece su empleador.

¿Qué es el mercado de seguros de salud?

Por medio de él, puede adquirir un plan de salud que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. Sin embargo, en lugar de vender bienes y servicios, en este mercado se ofrecen, exclusivamente, planes individuales de seguro de salud. Puede solicitar cobertura del mercado en Internet, por teléfono o por correo si envía una solicitud impresa a una organización de consejeros certificados para solicitudes en su área.

¿Puedo recibir ayuda para pagar la cobertura en el mercado?

Puede recibir ayuda para pagar el seguro de salud que compra a través del mercado en las siguientes situaciones:

- si no cumple con los requisitos para recibir cobertura de salud por medio de su empleador;
- si cumple con los requisitos para recibir cobertura de salud por medio de su empleador, pero esta no cumple con ciertas normas;
- si el ingreso de su grupo familiar está entre el 100 % y el 400 % según el nivel federal de pobreza.

¿La cobertura de salud del empleador influye en si puedo recibir ayuda para pagar la cobertura en el mercado?

Sí. Si cumple con los requisitos para obtener cobertura de cuidado de salud por medio de su empleador, y esta cumple con todas las normas obligatorias, usted no puede recibir ayuda para pagar la cobertura.

Si se encuentra en esta categoría, tenga en cuenta la siguiente información antes de dirigirse al mercado:

- Pagará el 100 % del costo de la cobertura del mercado, independientemente de los ingresos de su grupo familiar.
- Si elige cobertura del mercado, se perderá cualquier contribución del empleador que haya ayudado a reducir el costo de la cobertura de salud.
- También perderá los ahorros impositivos que estén ligados a la cobertura que elija por medio de su empleador. Paga la cobertura que brinda el empleador antes de impuestos (es decir, antes de que se calculen ciertos impuestos). Se usan dólares después de impuestos para pagar una cobertura del mercado.

¿Cómo puedo obtener más información?

COBERTURA DEL EMPLEADOR: Para obtener más información sobre nuestro programa de beneficios, comuníquese con HR Direct al 800-558-5064.

COBERTURA DEL MERCADO: Visite www.HealthCare.gov o comuníquese con el Centro de atención telefónica del Mercado al 1-800-318-2596.