

¿ES USTED, O UN FAMILIAR, ELEGIBLE PARA MEDICARE (O ESTÁ A PUNTO DE CONVERTIRSE EN ELEGIBLE PARA MEDICARE)? SI ES ASÍ, POR FAVOR LEA Y CONSERVE PARA SUS REGISTROS.

Aviso de Cobertura Acreditable

Su cobertura de medicamentos recetados provista bajo Cavaliers Holdings LLC Medical Mutual Plan pague, en promedio, lo mismo o más de lo que pagará la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Esto se conoce como "cobertura acreditable".

Por qué esto es importante

Esta información es para ayudarlo a decidir si desea o no inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Es importante que las personas elegibles tanto para Medicare como para un plan de salud grupal miren hacia el futuro y sopesen los costos, los beneficios y los términos de participación de las diversas opciones de manera regular, si no anual. Con base en hechos y circunstancias individuales, algunos eligen elegir Medicare solamente, otros eligen cobertura bajo el plan de salud grupal solamente, mientras que otros eligen inscribirse en ambas coberturas. Cuando se eligen ambos, los beneficios se coordinan de acuerdo con las Reglas del pagador secundario de Medicare. Es decir, un plan u otro *reduciría el pago* para evitar que se le reembolse el monto total de ambas fuentes. Su edad, el motivo de su elegibilidad para Medicare y otros factores determinan qué plan es primario (paga primero, generalmente sin reducciones) versus secundario (paga segundo, generalmente con reducciones).

¿Cuándo es elegible para un plan de medicamentos de Medicare?

Cuando alguien se vuelve elegible por primera vez para inscribirse en un plan de medicamentos recetados de la "Parte D" de Medicare patrocinado por el gobierno, la inscripción se considera oportuna si se completa al final de su "Período de inscripción inicial" que finaliza 3 meses después del mes en que él o ella cumplió 65 años. Si elige no inscribirse en la Parte D de Medicare durante su Período de inscripción inicial, *cuando finalmente se inscriba puede estar sujeto a una multa por inscripción tardía* agregada a su prima mensual de la Parte D de Medicare. Específicamente, el costo adicional, si lo hay, aumenta *según la cantidad de meses completos* sin cobertura durante los cuales estuvo sin la Parte D de Medicare o sin cobertura de medicamentos recetados "acreditable" obtenida de otra fuente.

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

Las personas elegibles pueden unirse a un plan de medicamentos de Medicare cuando sean elegibles por primera vez para Medicare y cada año desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Sin embargo, si pierde su cobertura acreditable actual, sin culpa propia, también será elegible para un Período de inscripción especial (SEP) de dos (2) meses para unirse a un plan de medicamentos de Medicare.

También debe saber que si cancela o pierde su cobertura actual y no se une a un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días continuos posteriores a la finalización de su cobertura actual, es posible que pague una prima más alta (al menos el 1 %) para unirse a un plan de medicamentos de Medicare más adelante. Por lo tanto, es esencial coordinar cuidadosamente su transición entre planes.

Quienes pierden estas oportunidades generalmente no pueden inscribirse en un plan de la Parte D de Medicare hasta que haya otro período de inscripción disponible.

Para obtener más información sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare

Si no está seguro de si será elegible para Medicare o cuándo, o si tiene preguntas sobre cómo obtener ayuda para pagarlo, llame a la Administración del Seguro Social al (800) 772-1213 o visite socialsecurity.gov. Las

preguntas específicas sobre nuestra cobertura de medicamentos recetados deben dirigirse al número de servicio al cliente que figura en su tarjeta de identificación, si está inscrito, o al administrador del plan.

Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA

Está recibiendo este Aviso de privacidad porque es elegible para participar en planes de salud grupales patrocinados por un empleador. Los planes de salud se comprometen a proteger la confidencialidad de cualquier información de salud recopilada sobre una persona. Este Aviso describe cómo el Plan de Salud puede usar y divulgar "información de salud protegida" (PHI). Para que la información sea considerada "PHI", debe cumplir con tres condiciones:

La información es creada o recibida por un proveedor de atención médica, un plan de salud, un empleador o una cámara de compensación de atención médica; La información relaciona la condición de salud física o mental pasada, presente o futura de un individuo; la provisión de atención médica a un individuo; o el pago pasado, presente o futuro por la prestación de atención médica a una persona; y la información identifica al individuo o proporciona una base razonable para creer que puede usarse para identificar al individuo.

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés) exige que el Plan de salud proporcione este Aviso a una persona. Además, el Plan de Salud está obligado por ley a:

Mantener la privacidad de la "información de salud protegida" (PHI) de una persona y proporcionarle el Aviso de privacidad de sus deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la PHI de una persona y seguir los términos de su Aviso de privacidad que está actualmente en vigor.

Los empleados del patrocinador del plan que administran y administran este Plan de salud pueden usar la PHI solo para fines apropiados del plan (como pagos u operaciones de atención médica), pero no para fines de otros beneficios no proporcionados por este plan, y no para fines relacionados con el empleo. propósitos del patrocinador del plan. Estas personas deben cumplir con los mismos requisitos que se aplican al Plan de Salud para proteger la confidencialidad de la PHI.
