



## Paquete de avisos de beneficios de salud y bienestar

Para el año del plan 2025.

Estimado Empleado,

Adjunto encontrará un paquete de notificaciones y divulgaciones que pertenecen a los planes de salud y bienestar patrocinados por su empleador, según lo exige la ley federal.

### Anexos:

Aviso sobre el Programa de Seguro de Salud Infantil (CHIP)

Aviso sobre la Ley de Derechos Sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer (WHCRA)

Aviso sobre la Ley para la Protección de la Salud de las Madres y Recién Nacidos (NMHPA)

Continuación de cobertura bajo USERRA

Acta de no-discriminación debido a información genética y (GINA en inglés)

Aviso de derechos de inscripción especial HIPAA

Aviso de cobertura acreditable Medicare Parte D

Aviso de prácticas de privacidad HIPAA

Ley de licencia médica familiar (FMLA en inglés)

Si tiene alguna pregunta sobre el contenido de los avisos, póngase en contacto con nosotros en Kristin Baum, Directora de Recursos Humanos, 512-594-0009, [Kristin.baum@pfisd.net](mailto:Kristin.baum@pfisd.net).

**Si usted (y/o sus dependientes) tienen Medicare o serán elegibles para Medicare en los próximos 12 meses, deben conocer sobre la ley Federal que les ofrece más opciones de cobertura de medicamentos con receta. Consulte la página 9-10 para obtener más detalles.**

## Asistencia con las primas bajo Medicaid y el Programa de Seguro de Salud para Menores (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para cobertura médica de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia con las primas que puede ayudar a pagar por la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, usted no será elegible para estos programas de asistencia con las primas, pero es probable que pueda comprar cobertura de seguro individual a través del mercado de seguros médicos. Para obtener más información, visite [www.cuidadodesalud.gov](http://www.cuidadodesalud.gov).

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y usted vive en uno de los estados enumerados a continuación, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para saber si hay asistencia con primas disponible.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y usted cree que usted o cualquiera de sus dependientes puede ser elegible para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado, llame al **1-877-KIDS NOW** o visite [espanol.insurekidsnow.gov/](http://espanol.insurekidsnow.gov/) para información sobre como presentar su solicitud. Si usted es elegible, pregunte a su estado si tiene un programa que pueda ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para asistencia con primas bajo Medicaid o CHIP, y también son elegibles bajo el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan de su empleador, si usted aún no está inscrito. Esto se llama oportunidad de “inscripción especial”, y **usted debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días de haberse determinado que usted es elegible para la asistencia con las primas**. Si tiene preguntas sobre la inscripción en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento del Trabajo electrónicamente a través de [www.askebsa.dol.gov](http://www.askebsa.dol.gov) o llame al servicio telefónico gratuito **1-866-444-EBSA (3272)**.

**Si usted vive en uno de los siguientes estados, tal vez sea elegible para asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente es una lista de estados actualizada al 31 de julio de 2024. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad -**

ALABAMA – Medicaid	ALASKA – Medicaid
Sitio web: <a href="http://myalhipp.com">http://myalhipp.com</a> Teléfono: 1-855-692-5447	El Programa de Pago de AK primas del seguro médico Sitio web: <a href="http://myakhipp.com">http://myakhipp.com</a> Teléfono: 1-866-251-4861 Por correo electrónico: <a href="mailto:CustomerService@MyAKHIPP.com">CustomerService@MyAKHIPP.com</a> Elegibilidad de Medicaid: <a href="https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx">https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx</a>
ARKANSAS – Medicaid	CALIFORNIA – Medicaid
Sitio web: <a href="http://myarhipp.com/">http://myarhipp.com/</a> Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Sitio web: <a href="http://dhcs.ca.gov/hipp">http://dhcs.ca.gov/hipp</a> Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Por correo electrónico: <a href="mailto:hipp@dhcs.ca.gov">hipp@dhcs.ca.gov</a>
COLORADO – Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)	FLORIDA – Medicaid
Sitio web de Health First Colorado: <a href="https://www.healthfirstcolorado.com/es">https://www.healthfirstcolorado.com/es</a> Centro de atención al cliente de Health First Colorado: 1-800-221-3943/ retransmisor del estado: 711 CHP+: <a href="https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus">https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus</a> Atención	Sitio web: <a href="https://www.flmedicaidtprecovery.com/flmedicaidtprecovery.com/hipp/index.html">https://www.flmedicaidtprecovery.com/flmedicaidtprecovery.com/hipp/index.html</a> Teléfono: 1-877-357-3268

al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/retransmisor del estado: 711 Programa de compra de seguro de salud (HIBI, por sus siglas en inglés): <a href="https://www.mycohibi.com/">https://www.mycohibi.com/</a> Atención al cliente de HIBI: 1-855-692-6442	
<b>GEORGIA – Medicaid</b>	<b>INDIANA – Medicaid</b>
Sitio web de GA HIPP: <a href="https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp">https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp</a> Teléfono: 678-564-1162, Presiona 1 Sitio web de GA CHIPRA: <a href="https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra">https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra</a> Teléfono: 678-564-1162, Presiona 2	Programa de pago de primas de seguro de salud Todos los demás son Medicaid Sitio web: <a href="https://www.in.gov/medicaid/">https://www.in.gov/medicaid/</a> <a href="https://www.in.gov/fssa/dfcr">https://www.in.gov/fssa/dfcr</a> Administración de familias y servicios sociales Teléfono: 1-800-403-0864 Teléfono de servicios para miembros: 1-800-457-4584
<b>IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)</b>	<b>KANSAS – Medicaid</b>
Sitio web de Medicaid: <a href="https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid">https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid</a> Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366 Sitio web de Hawki: <a href="https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/iowa-health-link/hawki">https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/iowa-health-link/hawki</a> Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563 Sitio web de HIPP: <a href="https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/fee-service/hipp">https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/fee-service/hipp</a> Teléfono de HIPAA: 1-888-346-9562	Sitio web: <a href="https://www.kancare.ks.gov/">https://www.kancare.ks.gov/</a> Teléfono: 1-800-792-4884 Teléfono de HIPP: 1-800-967-4660
<b>KENTUCKY - Medicaid</b>	<b>LOUISIANA – Medicaid</b>
Sitio web del Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP): <a href="https://www.chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx">https://www.chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx</a> Teléfono: 1-855-459-6328 Por correo electrónico: <a href="mailto:KIHIPPPROGRAM@ky.gov">KIHIPPPROGRAM@ky.gov</a> Sitio web de KCHIP: <a href="https://kidshealth.ky.gov/es/Pages/default.aspx">https://kidshealth.ky.gov/es/Pages/default.aspx</a> Teléfono: 1-877-524-4718 Sitio web de Medicaid de Kentucky: <a href="https://chfs.ky.gov/agencies/dms">https://chfs.ky.gov/agencies/dms</a>	Sitio web: <a href="http://www.medicaid.la.gov">www.medicaid.la.gov</a> o <a href="http://www.ldh.la.gov/lahipp">www.ldh.la.gov/lahipp</a> Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)
<b>MAINE – Medicaid</b>	<b>MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP</b>
Sitio web por inscripción: <a href="https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US">https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US</a> Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Maine relay 711 Página web por primos de seguro de salud privado: <a href="https://www.maine.gov/dhhs/ofa/applications-forms">https://www.maine.gov/dhhs/ofa/applications-forms</a> Teléfono: 1-800-977-6740 TTY: Maine relay 711	Sitio web: <a href="https://www.mass.gov/masshealth/pa">https://www.mass.gov/masshealth/pa</a> Teléfono: 1-800-862-4840 TTY: 711 Por correo electrónico: <a href="mailto:masspremassistance@accenture.com">masspremassistance@accenture.com</a>
<b>MINNESOTA – Medicaid</b>	<b>MISSOURI – Medicaid</b>
Sitio web: <a href="https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/">https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/</a> Teléfono: 1-800-657-3672	Sitio web: <a href="https://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm">https://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm</a> Teléfono: 573-751-2005
<b>MONTANA – Medicaid</b>	<b>NEBRASKA – Medicaid</b>
Sitio web: <a href="https://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP">https://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP</a> Teléfono: 1-800-694-3084 Por correo electrónico: <a href="mailto:HSHIPPProgram@mt.gov">HSHIPPProgram@mt.gov</a>	Sitio web: <a href="http://www.ACCESSNebraska.ne.gov">http://www.ACCESSNebraska.ne.gov</a> Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178
<b>NEVADA – Medicaid</b>	<b>NUEVO HAMPSHIRE – Medicaid</b>
Sitio web de Medicaid: <a href="http://dhcnp.nv.gov">http://dhcnp.nv.gov</a> Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900	Sitio web: <a href="https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program">https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program</a> Teléfono: 603-271-5218 Teléfono gratuito para el programa de HIPP: 1-800-852-3345, ext. 15218 Por correo electrónico: <a href="mailto:DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov">DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov</a>

<b>NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP</b>	<b>NUEVA YORK – Medicaid</b>
Sitio web de Medicaid: <a href="http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/">http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/</a> Teléfono: 1-800-356-1561 Teléfono de asistencia de prima de CHIP: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: <a href="http://www.njfamilycare.org/index.html">http://www.njfamilycare.org/index.html</a> Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710 (TTY:711)	Sitio web: <a href="https://es.health.ny.gov/health_care/medicaid/">https://es.health.ny.gov/health_care/medicaid/</a> Teléfono: 1-800-541-2831
<b>CAROLINA DEL NORTE – Medicaid</b>	<b>DAKOTA DEL NORTE – Medicaid</b>
Sitio web: <a href="https://medicaid.ncdhhs.gov">https://medicaid.ncdhhs.gov</a> Teléfono: 919-855-4100	Sitio web: <a href="http://www.hhs.nd.gov/healthcare">http://www.hhs.nd.gov/healthcare</a> Teléfono: 1-844-854-4825
<b>OKLAHOMA – Medicaid y CHIP</b>	<b>OREGON – Medicaid y CHIP</b>
Sitio web: <a href="http://www.insureoklahoma.org">http://www.insureoklahoma.org</a> Teléfono – 1-888-365-3742	Sitio web: <a href="https://cuidadodesalud.oregon.gov/Pages/index.aspx">https://cuidadodesalud.oregon.gov/Pages/index.aspx</a> Teléfono: 1-800-699-9075
<b>PENSILVANIA – Medicaid y CHIP</b>	<b>RHODE ISLAND– Medicaid y CHIP</b>
Sitio web: <a href="https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html">https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html</a> Teléfono: 1-800-692-7462 Sitio web de CHIP: <a href="https://www.pa.gov/en/agencies/dhs/resources/chip.html">https://www.pa.gov/en/agencies/dhs/resources/chip.html</a> Teléfono de CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)	Sitio web: <a href="http://www.eohhs.ri.gov/">http://www.eohhs.ri.gov/</a> Teléfono: 1-855-697-4347 o 401-462-0311 (Direct RIta Share Line)
<b>CAROLINA DEL SUR – Medicaid</b>	<b>DAKOTA DEL SUR – Medicaid</b>
Sitio web: <a href="https://www.scdhhs.gov">https://www.scdhhs.gov</a> Teléfono: 1-888-549-0820	Sitio web: <a href="http://dss.sd.gov">http://dss.sd.gov</a> Teléfono: 1-888-828-0059
<b>TEXAS – Medicaid</b>	<b>UTAH– Medicaid y CHIP</b>
Sitio web: <a href="https://www.hhs.texas.gov/es/servicios/asistencia-financiera/programa-de-pago-de-las-primas-del-seguro-medico">https://www.hhs.texas.gov/es/servicios/asistencia-financiera/programa-de-pago-de-las-primas-del-seguro-medico</a> Teléfono: 1-800-440-0493	Utah’s Premium Partnership for Health Insurance (UPP) Sitio web: <a href="https://medicaid.utah.gov/upp/">https://medicaid.utah.gov/upp/</a> Por correo electrónico: <a href="mailto:upp@utah.gov">upp@utah.gov</a> Teléfono: 1-888-222-2542 Sitio web de expansión para adultos: <a href="https://medicaid.utah.gov/expansion/">https://medicaid.utah.gov/expansion/</a> Sitio web de Programa de compra de Medicaid de Utah: <a href="https://medicaid.utah.gov/buyout-program/">https://medicaid.utah.gov/buyout-program/</a> Sitio web de CHIP: <a href="https://chip.utah.gov/espanol/">https://chip.utah.gov/espanol/</a>
<b>VERMONT – Medicaid</b>	<b>VIRGINIA – Medicaid y CHIP</b>
Sitio web: <a href="https://dvha.vermont.gov/members/Medicaid/hipp-program">https://dvha.vermont.gov/members/Medicaid/hipp-program</a> Teléfono: 1-800-250-8427	Sitio web: <a href="https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select">https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select</a> <a href="https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs">https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs</a> Teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924
<b>WASHINGTON – Medicaid</b>	<b>WEST VIRGINIA – Medicaid y CHIP</b>
Sitio web: <a href="http://www.hca.wa.gov">http://www.hca.wa.gov</a> Teléfono: 1-800-562-3022	Sitio web: <a href="https://dhhr.wv.gov/bms/">https://dhhr.wv.gov/bms/</a> <a href="http://mywvhipp.com/">http://mywvhipp.com/</a> Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 Teléfono gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIP (1-855-699-8447)
<b>WISCONSIN – Medicaid y CHIP</b>	<b>WYOMING – Medicaid</b>
Sitio web: <a href="https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm">https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm</a> Teléfono: 1-800-362-3002	Sitio web: <a href="https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/">https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/</a> Teléfono: 1-800-251-1269

Para saber si otros estados han agregado el programa de asistencia con primas desde el 31 de julio de 2024, o para obtener más información sobre derechos de inscripción especial, comuníquese con alguno de los siguientes:

Departamento del Trabajo de EE.UU.  
Administración de Seguridad de Beneficios de los  
Empleados  
[www.dol.gov/agencies/ebsa/es/about-ebsa/our-activities/informacion-en-espanol](http://www.dol.gov/agencies/ebsa/es/about-ebsa/our-activities/informacion-en-espanol)  
1-866-444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de  
EE.UU.  
Centros para Servicios de Medicare y Medicaid  
[www.cms.hhs.gov](http://www.cms.hhs.gov)  
1-877-267-2323, opción de menú 4, Ext. 61565

### **Declaración de la Ley de Reducción de Trámites**

Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Ley Pública 104-13) (PRA, por sus siglas en inglés), no es obligatorio que ninguna persona responda a una recopilación de información, a menos que dicha recopilación tenga un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). 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 esta tenga un número de control actualmente válido de la oficina mencionada. El público no tiene la obligación de responder a una 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 ninguna 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 aproximadamente siete minutos por persona. Se anima a los interesados a que envíen sus comentarios con respecto al tiempo estimado o a cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, como sugerencias para reducir este tiempo, a la dependencia correspondiente del Ministerio de Trabajo de EE. UU., 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](mailto:ebsa.opr@dol.gov) y hacer referencia al número de control de la OMB 1210-0137.

Número de Control de OMB 1210-0137 (vence al 31 de enero de 2026)

## **Aviso sobre la ley de derechos sobre la salud y el cáncer de la mujer (WHCRA)**

¿Sabe usted que su Plan, según lo estipula la Ley de Derechos Sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998, proporciona beneficios para los servicios relacionados con la mastectomía, que incluyen todas las etapas de reconstrucción y cirugía para lograr la simetría entre los senos, prótesis y las complicaciones resultantes de una mastectomía, incluyendo el linfedema? Llame al administrador del Plan: al 512-594-0009 para obtener más información.

## **Aviso sobre la ley para la protección de la salud de las madres y los recién nacidos (NMHPA)**

En virtud de las leyes federales, los emisores de planes de salud de grupo y de seguros de salud generalmente no pueden restringir beneficios pertinentes al tiempo de hospitalización en relación con un parto, para la madre o para el recién nacido, a menos de 48 horas después de un parto vaginal ni a menos de 96 horas después de un parto por cesárea. Sin embargo, la ley Federal generalmente no prohíbe que el proveedor de atención médica que atiende a la madre o al recién nacido, después de consultarlo con la madre, pueda dar el alta hospitalaria a la madre o a su recién nacido antes de transcurridas 48 horas (o 96 horas según corresponda). En cualquier caso, los planes de salud y los emisores no pueden, en virtud de la ley federal, requerir que un proveedor obtenga autorización del plan o del emisor del seguro para recomendar un tiempo de hospitalización que no exceda 48 horas (o 96 horas).

## **Continuación de cobertura bajo USERRA**

Usted tiene derecho a continuar participando en el plan de salud de grupo durante su permiso de ausencia debido a servicio militar, el cual está protegido bajo la Ley de Derechos de Empleo y Reempleo para Militares (USERRA). Consecuentemente, si usted está ausente en su trabajo debido a servicio activo militar por más de 31 días, su participación en el plan de salud no será interrumpida. Si su ausencia es por más de 31 días pero no más de 12 semanas, usted puede mantener su cobertura bajo el plan de salud de grupo si continúa pagando las primas del seguro especificadas por su empresa (patrocinador del plan).

Si usted no elige continuar su participación en el plan de salud de grupo durante su ausencia debido a servicio militar de más de 31 días, o si usted revoca su elección previa a continuar participando durante las 12 semanas después de que su ausencia empieza, usted y sus familiares cubiertos por el plan tendrán la oportunidad de elegir la continuación de cobertura bajo el plan de salud de grupo por un máximo de 24 meses, el cual comienza el primer día de su permiso de ausencia. Usted debe pagar las primas de seguro para continuar su cobertura con pagos después de los impuestos, las cuales están sujetas a las reglas establecidas por el Plan.

La continuación de cobertura bajo USERRA es considerada una cobertura alternativa para propósitos de COBRA (Ley de Continuación de Cobertura). Consecuentemente, si usted elige continuar su cobertura bajo USERRA, la opción de cobertura bajo COBRA no estará disponible generalmente.

## **Acta de no-discriminación debido a información genética y (GINA en inglés)**

El acta Gina prohíbe que planes grupales de salud discriminen basado en información genética. Información genética consiste en:

1. Información acerca pruebas genéticas de un individuo;
2. Pruebas genéticas de los miembros familiares de un individuo; y
3. La manifestación de una enfermedad o desorden en un miembro familiar de un individuo.

El plan grupal de salud puede recopilar información genética después de la inscripción inicial, sin embargo no puede recopilar esta información en conexión con el proceso de inscripción anual. El plan grupal de salud no puede ajustar las tarifas o aumentar las contribuciones basado en información genética, ni tampoco puede solicitar o requerir pruebas genéticas, o utilizar información genética para propósitos de determinar las tarifas.



## **Aviso sobre inscripción especial HIPAA**

Si declina la inscripción en Pflugerville ISD la cobertura de salud de grupo para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a la existencia de otro seguro de salud o cobertura de plan de salud de grupo, podrán inscribirse usted y sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para la cobertura antedicha (o si el empleador deja de contribuir para dicha cobertura de usted o de sus dependientes). Sin embargo, es necesario solicitar inscripción en un plazo de 30 días después de que termine la otra cobertura de usted o de sus dependientes (o después de que el empleador cese sus contribuciones para dicha cobertura).

Además, si usted obtiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, podrán inscribirse usted y sus dependientes. Sin embargo, es necesario solicitar la inscripción en un plazo de 30 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Finalmente, usted y/o sus dependientes pueden tener derechos especiales de inscripción si se pierde la cobertura bajo Medicaid o de un programa de seguro de salud estatal ("CHIP"), o cuando usted y/o sus dependientes obtengan la elegibilidad para recibir asistencia para las primas estatales. Usted dispone de 60 días a partir de la ocurrencia de uno de estos eventos para notificar a la compañía e inscribirse en el plan.

Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, comuníquese con Kristin Baum, Directora de Recursos Humanos, 512-594-0009, [Kristin.baum@pfsd.net](mailto:Kristin.baum@pfsd.net).

## **Medicare parte D aviso de cobertura acreditable**

### **Aviso Importante de Pflugerville ISD sobre su Cobertura de Medicamentos con Receta Médica y Medicare Pflugerville ISD Planes de Salud**

**Sírvase leer este aviso cuidadosamente y conservarlo a la mano. Este Aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos con receta con Pflugerville ISD y sobre sus opciones en virtud de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarle a decidir si desea inscribirse o no en un plan de medicamentos de Medicare. Si está considerando inscribirse, le recomendamos comparar su cobertura actual, incluso qué medicamentos tienen cobertura a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos con receta de Medicare en su localidad. Al final de este aviso se incluye información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones respecto a su cobertura de medicamentos con receta.**

**Existen dos aspectos importantes que usted debe conocer acerca de su cobertura y de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare:**

- 1. En 2006, la cobertura de medicamentos recetados de Medicare se volvió disponible para todos los inscritos en Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan de medicamentos con receta de Medicare o se inscribe en un Plan Advantage de Medicare (como una HMO o PPO) que ofrezca cobertura de medicamentos con receta. Todos los planes de medicamentos de Medicare ofrecen al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Además, algunos planes pueden ofrecer más cobertura sujeta a primas mensuales más altas.**

**2. Pflugerville ISD ha determinado que la cobertura de medicamentos con receta que le ofrece Pflugerville ISD Planes de Salud se espera que, en promedio, pague a todos los participantes del plan una cantidad equivalente a lo que paga la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare y por lo tanto se considerará como cobertura acreditable. Debido a que su cobertura existente es Cobertura acreditable, usted puede conservar esta cobertura y no pagar una prima más alta (penalización) si posteriormente decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.**

### **¿Cuándo puede unirse a un plan de medicamentos recetados de medicare?**

Usted se puede inscribir en un plan de medicamentos de Medicare al obtener la elegibilidad inicial para Medicare cada año entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Sin embargo, si pierde su cobertura acreditable actual de medicamentos con receta, mientras no sea por su culpa, también calificará para un Período de Inscripción Especial (SEP) de dos (2) meses para participar en el plan de medicamentos de Medicare.

### **¿Qué le ocurre a su cobertura actual si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?**

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare mientras está inscrito en la cobertura de Pflugerville ISD como empleado activo, tenga en cuenta que su cobertura de Pflugerville ISD será el pagador primario de sus beneficios de medicamentos con receta y Medicare el pagador secundario. Como resultado, el valor de sus beneficios de medicamentos con receta de Medicare se reducirá significativamente. Por lo general, Medicare será el pagador primario de sus beneficios de medicamentos con receta si usted participa en la cobertura de Pflugerville ISD como ex empleado.

Además, puede optar por cancelar su cobertura de Pflugerville ISD. Tenga presente que si decide inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare y cancela su cobertura actual de Pflugerville ISD, tenga presente que ni usted ni sus dependientes podrán recuperar esta cobertura.

### **¿Cuándo pagará usted una prima más alta (penalización) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?**

También debe saber que si cancela o pierde su cobertura actual con Pflugerville ISD y no se une al plan de medicamentos de Medicare durante los siguientes 63 días continuos después de que termine su cobertura actual, podría pagar una prima más alta (penalización) para unirse más tarde a un plan de medicamentos de Medicare.

Si usted pasa 63 días continuos o más sin Cobertura acreditable de medicamentos con receta, su prima mensual puede aumentar un mínimo de 1% de la prima mensual básica de beneficiario de Medicare por cada mes que usted no haya tenido dicha cobertura. Por ejemplo, si usted pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima será consecuentemente al menos 19% mayor que la prima base que pagan los beneficiarios de Medicare. Quizá tenga que pagar esta prima más alta (penalización) siempre que usted tenga cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Además, quizá tenga que esperar hasta en octubre próximo para inscribirse.

### **Si desea más información acerca de este Aviso o sobre su cobertura actual de medicamentos con receta...**

Comuníquese con la persona que se indica al pie de esta nota para obtener más información. **NOTA:** Usted recibirá este aviso cada año. Además, lo recibirá antes del próximo período en el que puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, y también si esta cobertura a través de Pflugerville ISD cambia. Usted puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

### **Para obtener más información acerca de sus opciones en virtud de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare...**

El manual "Medicare & You" (Medicare y usted) contiene información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos con receta. Medicare le enviará por correo un ejemplar del manual todos los años. Además, los planes de medicamentos de Medicare quizá se comuniquen directamente con usted.

Si desea más información sobre la cobertura de medicamentos con receta de Medicare:

- Visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)
- Llame al Programa estatal de ayuda para seguros de salud (State Health Insurance Assistance Program), al número de teléfono que se indica en el interior de la contraportada de su manual "Medicare & You", 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, hay disponible ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Si desea información sobre esta ayuda adicional, visite el Seguro Social en la Web en [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov) o llámeles al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

**Recuerde: Conserve este aviso de Cobertura Acreditable. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, quizá se le solicite presentar una copia de este aviso en el momento de la inscripción para demostrar que usted ha mantenido o no su Cobertura acreditable y, por lo tanto si deberá usted pagar o no una prima más alta (penalización).**

Fecha: 1/1/2025

Nombre de la entidad/remitente: Pflugerville ISD

Contacto--Cargo/Oficina: Kristin Baum, Directora de Recursos Humanos

Dirección: 1401 W Pecan St, Pflugerville, TX 78660

Número de teléfono: 512-594-0009

# Notificación sobre las prácticas de privacidad HIPAA

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA, Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELA CUIDADOSAMENTE.**

Pflugerville ISD patrocina ciertos planes de salud de grupo (colectivamente, el "Plan" o "Nosotros") para proporcionar beneficios a nuestros empleados, sus dependientes y otros participantes. Proporcionamos esta cobertura mediante varias relaciones con terceros que establecen redes de proveedores, coordinan su atención y procesan las reclamaciones de reembolso por los servicios que usted recibe. Este Aviso de prácticas de privacidad (el "Aviso") describe las obligaciones legales de Pflugerville ISD, el Plan y sus derechos legales con respecto a su información de salud protegida en poder del Plan bajo HIPAA. Entre otras cosas, este Aviso describe cómo su información de salud protegida puede ser utilizada o divulgada para realizar tratamientos, pagos, gestiones de cuidado de salud o para cualquier otro propósito que esté permitido o sea requerido por la ley.

Estamos obligados a proporcionarle este Aviso en cumplimiento con la ley HIPAA. La Regla de privacidad de HIPAA protege solamente cierta información médica designada como "información de salud protegida". Generalmente, la información de salud protegida es información de salud individualmente identificable, incluyendo información demográfica, recopilada de usted o creada o recibida por un proveedor de atención médica, un centro de información de atención médica, un plan de salud o de su empleador en nombre de un plan de salud de grupo, que se relaciona con:

- (1) su salud, condición física o mental pasada, presente o futura;
- (2) la prestación de atención médica para usted; o
- (3) el pago pasado, presente o futuro por la prestación de atención médica a usted.

Nota: Si usted está cubierto por uno o más planes de salud de grupo totalmente asegurados que le ofrece Pflugerville ISD, recibirá una notificación por separado con respecto a la disponibilidad de un aviso sobre las prácticas de privacidad aplicables a esa cobertura y cómo obtener una copia de la notificación directamente de la compañía de seguros.

## Información de contactos

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso o sobre nuestras prácticas de privacidad, por favor comuníquese con el Oficial de Privacidad de HIPAA de Pflugerville ISD:

Pflugerville ISD  
A la atención de: HIPAA Privacy Officer (Oficial de Privacidad HIPAA)  
Kristin Baum  
1401 W Pecan St  
Pflugerville, TX 78660

**Fecha de vigencia** Este aviso y sus revisiones entrará en vigor a partir del 1 de enero de 2024

## Nuestras responsabilidades

La ley estipula que debemos:

- mantener la privacidad de su información médica protegida;
- proporcionarle ciertos derechos con respecto a su información médica protegida;
- proporcionarle una copia de esta Notificación de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud protegida; y
- cumplir las cláusulas del Aviso que esté actualmente en vigencia.

Nos reservamos el derecho de modificar los términos de este Aviso y de establecer nuevas provisiones con respecto a su información de salud protegida que mantenemos, según lo permita o requiera la ley. Si realizamos cualquier cambio material a este Aviso, le proporcionaremos una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad revisado. También puede obtener una copia de la última versión revisada del Aviso a través del contacto con nuestro Funcionario de Privacidad en la información de contactos proporcionada anteriormente. Con excepción de lo dispuesto en este Aviso, no podemos divulgar su información de salud protegida sin su autorización previa.

## Cómo podemos usar y divulgar su información de salud protegida.

Según la ley, en ciertas circunstancias podemos usar o revelar sin su permiso su información de salud protegida. Las siguientes categorías describen las diferentes maneras en que podemos usar y divulgar su información de salud protegida. Para cada categoría de usos o divulgaciones explicaremos lo que queremos decir y presentaremos algunos ejemplos. No se enumerarán todos los usos o divulgaciones de una categoría. Sin embargo, todas las formas en que se nos permite usar y divulgar información de salud protegida se incluirán en una de las categorías.

## **Para el tratamiento**

Podemos usar o revelar su información médica protegida para facilitar el tratamiento o servicios médicos por parte de los proveedores. Podemos divulgar su información médica a proveedores, incluso médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina u otro personal del hospital que esté involucrado en el cuidado de su salud. Por ejemplo, podríamos divulgar información sobre sus recetas anteriores a un farmacéutico para determinar si una receta pendiente es inapropiada o peligrosa para que usted la use.

## **Para el pago**

Podemos usar o divulgar su información de salud protegida para determinar su elegibilidad para los beneficios del Plan, para facilitar el pago del tratamiento y los servicios que usted recibe de los proveedores de atención médica, para determinar la responsabilidad de los beneficios bajo el Plan o para coordinar la cobertura del Plan. Por ejemplo, podemos informar a su proveedor de atención médica sobre su historial médico para determinar si un tratamiento en particular es experimental, de investigación o médicamente necesario, o para determinar si el Plan cubrirá el tratamiento. También podemos compartir su información de salud protegida con un proveedor de servicios de revisión de utilización o de precertificación. De igual manera, podemos compartir su información de salud protegida con otra entidad a fin de ayudar con la adjudicación o subrogación de reclamaciones de salud o con otro plan de salud para coordinar el pago de los beneficios.

## **Para gestiones de cuidados de salud**

Podemos usar y divulgar su información de salud protegida para otras gestiones del Plan. Estos usos y divulgaciones son necesarios para el funcionamiento del Plan. Por ejemplo, podemos utilizar información médica en relación con la realización de actividades de evaluación y mejora de la calidad; suscripción de aseguramiento, clasificación de primas y otras actividades relacionadas con la cobertura del Plan; presentación de reclamaciones para la cobertura de limitación de pérdidas (o exceso de pérdidas); realización u organización de revisiones médicas, servicios legales, servicios de auditoría y programas de detección de fraudes y abusos; planificación y desarrollo empresarial, como la gestión de costos; y gestión empresarial y actividades administrativas generales del Plan. El Plan tiene prohibido usar o divulgar información de salud protegida que sea información genética sobre un individuo con fines de suscripción de aseguramiento.

## **A asociados empresariales**

Podemos suscribir contratos con personas o entidades conocidos como asociados empresariales para realizar diversas funciones en nombre del Plan o para proporcionar ciertos tipos de servicios. Con el fin de realizar estas funciones o proporcionar estos servicios, los asociados empresariales recibirán, crearán, mantendrán, utilizarán y/o divulgarán su información de salud protegida, pero solo después de que acuerden por escrito con nosotros implementar las medidas de seguridad apropiadas con respecto a su información de salud protegida. Por ejemplo, podemos divulgar su información de salud protegida a un asociado empresarial para administrar reclamaciones o para proporcionar servicios de apoyo, tales como la gestión de la utilización, gestión de beneficios de farmacia o subrogación, pero solo después de que el asociado empresarial suscriba un Acuerdo de asociado empresarial con nosotros.

## **Según lo estipule la ley**

Divulgaremos su información de salud protegida cuando así lo exija la ley federal, estatal o local. Por ejemplo, podemos divulgar su información de salud protegida cuando así lo exijan las leyes de seguridad nacional o las leyes de divulgación de salud pública.

## **Para prevenir una amenaza grave a la salud o a la seguridad.**

Podemos usar y divulgar su información de salud protegida cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad, o a la salud y seguridad del público o de otra persona. Sin embargo, cualquier divulgación, solo se haría a alguien capaz de ayudar a prevenir la amenaza. Por ejemplo, podemos revelar su información de salud protegida en un procedimiento relacionado con la autorización de licencia de un médico.

## **A los patrocinadores del Plan**

Para el propósito de administrar el Plan, podemos divulgar a información sobre la salud protegida a ciertos empleados del Empleador. Sin embargo, estos empleados únicamente utilizarán o divulgarán dicha información según sea necesario para realizar funciones administrativas para el Plan o de otra manera que lo requiera la ley HIPAA, a menos que usted haya autorizado divulgaciones adicionales. Su información de salud protegida no se puede utilizar para fines de empleo si no se cuenta con su autorización específica.

## **Situaciones especiales**

Además de las situaciones antedichas, las siguientes categorías describen las diferentes maneras en que podemos usar y divulgar su información de salud protegida. Para cada categoría de usos o divulgaciones explicaremos lo que queremos

decir y presentaremos algunos ejemplos. No se enumerarán todos los usos o divulgaciones de una categoría. Sin embargo, todas las formas en que se nos permite usar y divulgar información de salud protegida se incluirán en una de las categorías.

### **Donación de órganos y tejidos**

Si usted es un donante de órganos, podemos divulgar su información de salud protegida a organizaciones que manejan la obtención y trasplante de órganos, ojos o tejidos o a un banco de donación de órganos, según sea necesario, para realizar la donación y trasplante del órgano o tejido.

### **Militares y veteranos**

Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar su información de salud protegida según lo requieran las autoridades del comando militar. Además, podemos divulgar información de salud protegida acerca de personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera correspondiente.

### **Seguro de compensación a los trabajadores**

Podemos divulgar su información de salud protegida para los fines del seguro de compensación a los trabajadores o programas similares. Estos programas proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

### **Riesgos de salud pública**

Podemos divulgar su información de salud protegida para acciones de salud pública. Estas acciones por lo general incluyen lo siguiente:

- prevenir o controlar enfermedades, lesiones o incapacidades;
- reportar nacimientos y fallecimientos;
- reportar abuso o abandono infantil;
- reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos;
- notificar a personas sobre la retirada del mercado de productos que puedan estar consumiendo;
- para notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o que pueda estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección;
- notificar a la autoridad gubernamental pertinente si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solo haremos esta divulgación si usted está de acuerdo, o cuando así lo requiera o lo autorice la ley.

### **Actividades de supervisión de la salud**

Podemos divulgar su información de salud protegida a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley. Por ejemplo, estas actividades de supervisión pueden incluir auditorías, investigaciones, inspecciones y otorgamientos de licencias. El gobierno necesita estas actividades para supervisar el sistema de atención de salud y los programas gubernamentales, y para velar por el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

### **Demandas judiciales y disputas.**

Si usted está involucrado en una demanda judicial o en una disputa, podemos divulgar su información de salud protegida en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar su información de salud protegida en respuesta a una citatorio, solicitud de descubrimiento u otro proceso judicial por parte de otra persona involucrada en la disputa, pero solo si se han hecho esfuerzos para informarle sobre la solicitud o para obtener una orden que proteja la información solicitada.

### **Cumplimiento de la ley**

Podemos divulgar su información de salud protegida si así lo solicita un funcionario del orden público,

- en respuesta a una orden judicial, citatorio, requerimiento judicial, emplazamientos o procesos legales similares;
- para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida;
- sobre la víctima de un delito si, en ciertas circunstancias limitadas, no podemos obtener el acuerdo de la víctima;
- acerca de una muerte que consideramos que puede ser el resultado de una conducta delictiva;
- acerca de una conducta delictiva; y
- en circunstancias de emergencia para reportar un delito; la ubicación del delito o de las víctimas; o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el delito.

### **Jueces de instrucción, médicos forenses y directores funerarios.**

Podemos divulgar información de salud protegida a un juez de instrucción o a un médico forense. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o para determinar la causa de la muerte. Además, podemos divulgar la información de salud de pacientes para ayudar a un director funerario según sea necesario para llevar a cabo sus obligaciones.

## **Actividades de seguridad nacional y servicios de inteligencia**

Podemos divulgar su información de salud protegida a funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

## **Internos o reclusos**

Si usted es un recluso de una institución correccional o está bajo la custodia de un oficial de cumplimiento de la ley, podemos divulgar su información de salud protegida a la institución correccional o al oficial de cumplimiento de la ley si es necesario (1) para que la institución le brinde atención médica; (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros; o (3) para la seguridad y protección de la institución correccional.

## **Investigación**

Podemos divulgar su información de salud protegida a investigadores cuando:

- (1) se haya eliminado los identificadores individuales; o
- (2) cuando una junta de revisión institucional o junta de privacidad haya (a) revisado la propuesta de investigación; y (b) establecido protocolos para asegurar la privacidad de la información solicitada, y aprueba la investigación.

## **Divulgaciones necesarias**

La siguiente es una descripción de las divulgaciones de su información de salud protegida que estamos obligados a realizar.

## **Auditorías gubernamentales**

Estamos obligados a divulgar su información de salud protegida al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos cuando el Secretario está investigando o determinando nuestro cumplimiento de la regla de privacidad de la HIPAA.

## **Divulgaciones a usted**

Cuando usted lo solicite, estamos obligados a divulgarle la parte de su información de salud protegida que contiene registros médicos, registros de facturación y cualquier otro registro utilizado para tomar decisiones con respecto a sus beneficios de atención médica. También estamos obligados, cuando se nos solicite, a proporcionarle un informe de la mayoría de las divulgaciones de su información médica protegida si la divulgación se hizo por razones que no fueran de pago, tratamiento u gestiones de atención médica, y si la información de salud protegida no fue divulgada de conformidad con su autorización individual.

## **Notificación de una infracción**

Estamos obligados a notificarle en caso de que nosotros (o uno de nuestros asociados empresariales) descubra una infracción a su información de salud protegida no segura, según lo define la HIPAA.

## **Otras divulgaciones**

### **Representantes personales**

Divulgaremos su información de salud protegida a las personas que usted autorice, o a una persona designada como su representante personal, apoderado, etc., siempre y cuando usted nos proporcione un aviso/autorización por escrito y cualquier documento de apoyo (por ejemplo, un poder notarial). Nota: En virtud de la regla de privacidad de HIPAA, no estamos obligados a divulgar información a un representante personal si tenemos una sospecha razonable de que:

- (1) usted ha sido, o puede ser, víctima de violencia doméstica, abuso o negligencia por parte de dicha persona;
- (2) tratar a dicha persona como su representante personal podría ponerlo en peligro a usted; o
- (3) en el ejercicio o juicio profesional, no resulta en su mejor interés tratar a la persona como su representante personal.

## **Cónyuges y otros familiares**

Salvo excepciones limitadas, enviaremos todo correo al empleado. Esto incluye el correo relacionado con el cónyuge del empleado y otros miembros de la familia que están cubiertos por el Plan, e incluye el correo con información sobre el uso de los beneficios del Plan por el cónyuge del empleado y otros miembros de la familia e información sobre la denegación de cualquier beneficio del Plan al cónyuge del empleado y otros miembros de la familia. Si una persona cubierta por el Plan ha solicitado Restricciones o Comunicaciones Confidenciales (ver más adelante bajo "Sus Derechos"), y si hemos aceptado la solicitud, le enviaremos un correo electrónico según lo estipulado en la solicitud de Restricciones o Comunicaciones Confidenciales.

## **Autorizaciones**

No se harán sin su autorización por escrito otros usos ni divulgaciones de su información de salud protegida no descritos anteriormente, incluyendo el uso y divulgación de notas de psicoterapia y el uso o divulgación de información de salud protegida para propósitos de recaudación de fondos o comercialización. Usted puede revocar su autorización escrita en cualquier momento, siempre que dicha revocatoria se haga por escrito. Una vez que el Plan reciba su revocatoria de autorización por escrito, esta causará efecto únicamente en las divulgaciones y usos futuros. No será aplicable a ninguna otra información que haya sido utilizada o divulgada en función de la autorización escrita y antes de recibir su revocatoria por escrito. Usted puede optar por no recibir comunicaciones de recaudación de fondos de nuestra parte en cualquier momento.

## **Sus derechos**

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

### **Derecho de inspeccionar y copiar**

Usted tiene derecho de inspeccionar y copiar cierta información de salud que se pueda utilizar para tomar decisiones acerca de sus beneficios de atención médica. Para inspeccionar y copiar su información de salud protegida, envíe su solicitud por escrito al Funcionario de Privacidad a la dirección proporcionada anteriormente bajo el título Información de contactos. Si usted solicita una copia de la información, podemos cobrarle una tarifa razonable por los costos de copiado, envío por correo u otros materiales relacionados con su solicitud. Podemos denegar su solicitud de inspeccionar y copiar su información de salud protegida en muy limitadas circunstancias. Si se le niega el acceso a su información de salud, puede tener derecho a solicitar que se revise la denegación y se le proporcionarán detalles sobre cómo hacerlo.

### **Derecho de enmienda**

Si usted considera que la información de salud protegida que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede solicitarnos que enmendemos la información. Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda siempre que la información sea mantenida por o para el Plan. Para solicitar una enmienda, debe presentar su solicitud por escrito y enviarla al Funcionario de Privacidad a la dirección proporcionada anteriormente bajo el título Información de contactos. Además, usted deberá proporcionar al menos un motivo que respalde su solicitud. Podemos rechazar su solicitud de enmienda si no se efectúa por escrito o si no incluye un motivo para respaldar la solicitud. Además, podemos rechazar su solicitud si usted nos solicita enmendar información que:

- No es parte de la información de salud conservada por, o para el plan;
- No fue creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para efectuar la enmienda;
- No es parte de la información a la que usted se le permitiría inspeccionar y copiar; o
- ya es exacta y completa.

Si denegamos su solicitud, usted tiene el derecho de presentar una declaración de desacuerdo con nosotros y cualquier divulgación futura de la información en disputa incluirá su declaración.

### **Derecho de ver el registro de las divulgaciones**

Usted tiene el derecho de solicitar un "listado" o reporte de ciertas divulgaciones de su información personal de salud protegida. El listado no incluirá (1) divulgaciones para fines de tratamiento, pago o gestiones de atención médica; (2) divulgaciones hechas a usted; (3) divulgaciones hechas de conformidad con su autorización; (4) divulgaciones hechas a amigos o familiares en su presencia o debido a una emergencia; (5) divulgaciones para fines de seguridad nacional; y (6) divulgaciones incidentales a divulgaciones que de otra manera serían permisibles. Para solicitar este listado o informe de divulgaciones, usted debe presentar su solicitud por escrito al Funcionario de Privacidad en la dirección proporcionada anteriormente bajo el título Información de contactos. Su solicitud debe indicar un período de tiempo no mayor de seis años y no puede incluir fechas anteriores a su solicitud. Su solicitud debe indicar en qué forma desea el listado (por ejemplo: impreso o en formato electrónico). Intentaremos proporcionar el listado en el formato que usted lo solicitó o en otro formato acordado mutuamente si el formato solicitado no es razonablemente factible. El primer listado que solicite dentro de un período de 12 meses se le proporcionará sin costo alguno. Para listados adicionales, podemos cobrarle los costos para suministrar cada listado. Le informaremos sobre el costo involucrado y usted podrá retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de incurrir en algún costo.

### **Derecho a solicitar restricciones**

Usted tiene derecho a solicitar una restricción o limitación sobre cuánta de su información de salud protegida podemos usar o divulgar para gestiones de tratamiento, pago o atención de salud. Además, tiene el derecho de solicitar un límite sobre su información de salud protegida que divulgamos a alguien que esté involucrado en su atención de salud o en el pago de esta, tal como un familiar o un amigo. Por ejemplo, usted podría solicitarnos que no usemos ni divulguemos información acerca de una cirugía que usted tuvo. No estamos obligados a aceptar su solicitud. Sin embargo, si estamos de acuerdo con la solicitud, respetaremos la restricción hasta que usted la revoque o se lo notifiquemos de manera



diferente. Para solicitar restricciones, usted debe hacer su solicitud por escrito al Funcionario de Privacidad en la dirección proporcionada anteriormente bajo el título Información de contactos. En su solicitud, debe decirnos (1) qué información desea limitar; (2) si desea limitar nuestro uso, divulgación o ambos; y (3) a quién desea que se apliquen los límites, por ejemplo, divulgaciones a su cónyuge.

### **Derecho de solicitar comunicaciones confidenciales**

Usted tiene el derecho de solicitar que, para asuntos médicos, nos comuniquemos con usted de cierta manera o en cierta localidad. Por ejemplo, usted puede solicitar que solo nos comuniquemos con usted en el trabajo o por correo. Para solicitar comunicaciones confidenciales, usted debe hacer su solicitud por escrito al Funcionario de Privacidad en la dirección proporcionada anteriormente bajo el título Información de contactos. No le preguntaremos el motivo de su solicitud. Su solicitud deberá especificar cómo o dónde desea que se le contacte. Nos acomodaremos a todas las solicitudes razonables si usted proporciona claramente información de que la divulgación parcial o total de su información protegida podría ponerlo en peligro a usted.

### **Derecho a recibir copia impresa de este aviso**

Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso. En cualquier momento, puede solicitarnos que le entreguemos una copia de este aviso. Incluso si usted ha aceptado recibir este aviso electrónicamente, tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso. Para obtener una copia impresa de este aviso, llame por teléfono o escriba al Funcionario de Privacidad según se indica en la sección Información de contactos.

Si desea obtener más información, consulte [Sus derechos en virtud de HIPAA](#).

### **Quejas**

Si usted considera que sus derechos de privacidad han sido infringidos, puede presentar una queja ante el Plan o ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Puede presentar una reclamación ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. por medio de una carta dirigida a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, puede llamar al 1-877-696-6775, o visitar [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).

Para presentar una queja ante el Plan, llame por teléfono y escriba al Funcionario de Privacidad según se indica más arriba en Información de contactos. Usted no recibirá penalización alguna, ni represalias de ningún tipo, por presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles o ante el Plan. Le sugerimos conservar para sus registros una copia de cualquier notificación que envíe al Administrador del Plan o al Funcionario de Privacidad.

## Ley de licencia médica familiar (FMLA en inglés)

La Ley de Licencia Médica Familiar provee a ciertos empleados hasta 12 semanas de licencia sin paga pero con trabajo protegido por año. La ley también le requiere que los beneficios grupales de salud se mantengan durante el periodo de licencia. FMLA esta diseñado para ayudarle a los empleados a balancear sus responsabilidades de familia y trabajo permitiéndoles tomar de firma razonable licencia sin paga por razones médicas o familiares. Esta ley también pretende acomodar los intereses legítimos de los patronos y promover iguales oportunidades de empleo para hombres y mujeres. Patronos sujetos a esta ley deben proveer al empleado elegible hasta 12 semanas de licencia sin paga cada año por cualquiera de las siguientes razones:

debido al nacimiento y cuidado de un niño recién nacido del empleado;  
por la colocación con el empleado de un niño debido a adopción o cuidado de crianza;  
por el cuidado de un miembro de la familiar inmediata (cónyuge, niño, o padre) que padece de una condición de salud seria;  
o  
para tomar licencia medical cuando el empleado es incapaz de trabajar debido a una condición de salud seria.

Empleados son elegibles para licencia si han trabajado para su patrono por lo menos 12 meses, por lo menos 1,250 horas en los pasados 12 meses, y trabajan en una localidad donde la compañía emplea 50 empleados o más dentro de un área de 75 millas. Se determina si el empleado ha trabajado el mínimo de 1,250 horas de servicio de acuerdo a los principios de la ley FLSA para determinar horas de trabajo compensables.

Cuando un empleado solicita licencia bajo la ley FMLA debido a su propia condición de salud seria o condición de salud seria de un familiar cubierto, el patrono puede requerir una certificación del proveedor médico que compruebe la licencia es necesaria. El patrono también puede requerir segunda o terceras opiniones (al costo del patrono) y re-certificación periódica de la condición médica seria.

Tan pronto el empleado regrese de la licencia FMLA, el empleado será reestablecido en su empleo original o un empleo equivalente, con paga, beneficios y demás términos y condiciones de empleo también equivalentes. La cubierta de salud grupal para un empleado en licencia FMLA se mantiene bajo los mismos términos y condiciones como si el empleado no hubiera tomado ninguna licencia.

Para información adicional sobre sus beneficios bajo la ley FMLA, favor contactar a Recursos Humanos:  
Kristin Baum, Directora de Recursos Humanos, 512-594-0009, Kristin.baum@pfisd.net.