

Toyota Gosei North America Corporation

Av isos del plan de salud

1, De Enero de 2026

Incluido en este paquete:

- Aviso de cobertura acreditable de Medicare
- Notificación de derechos de inscripción especial
- Notificación de la Ley de Protección de la Salud del Recién Nacido y de la Madre
- Notificación de los Derechos Sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer
- Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA
- Aviso del Programa de bienestar contingente de salud
Aviso de protección del programa de bienestar
- Aviso de disponibilidad de información de salud resumida
- Sin aviso de facturación sorpresa

Avisos del plan de salud

Aviso importante sobre su cobertura de medicamentos con receta y Medicare

Aviso de cobertura acreditable

Este Aviso aplica solo si usted y/o sus dependientes están inscritos en un plan médico de Toyoda Gosei North America Corporation y son elegibles para Medicare. Si esto no aplica a usted, puede ignorar este aviso

Por favor, lea este aviso detenidamente y guárdelo donde lo pueda encontrar con facilidad. Este aviso tiene información acerca de su cobertura de medicamentos con receta con Toyoda Gosei North America Corporation y acerca de sus opciones de la cobertura de medicamentos con receta bajo Medicare. Esta información puede ayudarle a decidir si desea o no participar en un plan de medicamentos y cobertura de Medicare. Si está considerando inscribirse, debería comparar la cobertura que le da su empleador, incluyendo cuáles medicamentos están cubiertos y a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de Medicare para medicamentos con receta médica en su área. Al final de este aviso se encuentra información acerca de dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones acerca de su cobertura de medicamentos con receta.

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

- 1. La cobertura de medicamentos con receta de Medicare se puso a disposición de todos con Medicare en 2006. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en el Plan de Medicamentos con Receta de Medicare o en un Plan de Medicare Advantage (como un HMO o PPO) que ofrezca cobertura de medicamentos con receta. Todos los planes de medicamentos de Medicare ofrecen al menos el nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también podrían ofrecer mayor cobertura con una prima más elevada.**
- 2. Toyoda Gosei North America Corporation ha determinado que la cobertura de medicamentos con receta médica que se ofrece bajo el(los) plan(es) de UnitedHealthcare Optimal \$1,700/\$3,400 deductible plan and UnitedHealthcare Prime \$750/\$1,500 Deductible plan in the next calendar is, se espera que, en promedio para todos los participantes del plan, pague(n) tanto como paga la cobertura estándar de medicamentos con receta médica de Medicare y, por lo tanto, se considera Cobertura Acreditable. Debido a que su cobertura es una Cobertura Acreditable, puede mantenerla sin tener que luego pagar una prima más alta (una penalidad) si decide más tarde inscribirse en el plan de medicamentos de Medicare.**

Avisos del plan de salud

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

Puede unirse a un plan de medicamentos de Medicare cuando sea elegible para Medicare por primera vez y cada año desde el 15 de octubre al 7 de diciembre. Sin embargo, si pierde su cobertura acreditable de medicamentos con receta sin que sea por error suyo, también será elegible para un Periodo de Inscripción Especial (SEP, por sus siglas en inglés) de dos (2) meses para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

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

La cobertura de su plan de salud paga otros gastos de salud además de los medicamentos con receta médica. Si se inscribe en un plan de medicamentos con receta médica de Medicare, usted y sus dependientes elegibles serán elegibles para recibir todos sus beneficios actuales de salud y medicamentos con receta médica. Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y cancelar la cobertura de su empleador, tenga en cuenta que usted y sus dependientes serán elegibles para recibir beneficios de salud y medicamentos con receta médica en el futuro.

¿Cuándo se paga una prima más alta (penalidad) por inscribirse en el Plan de Medicamentos de Medicare?

Sepa también que si deja o pierde su cobertura actual con su empleador y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare en el transcurso de 63 días calendario después de finalizada su cobertura, es posible que deberá que pagar una prima más alta (penalidad) por inscribirse tardíamente en un plan de medicamentos de Medicare.

Si transcurren 63 días calendario o más sin una cobertura acreditable de medicamentos con receta, su prima mensual puede incrementarse al menos 1% sobre la prima de beneficiario base de Medicare por mes, por cada mes que careció de cobertura. Por ejemplo, si transcurren diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima podrá ser al menos 19% más alta que la prima de beneficiario base de Medicare. Es posible que tenga que pagar esta prima más alta (la penalidad) por todo el tiempo que tenga la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Además, es posible que tenga que esperar hasta el próximo octubre para inscribirse.

Para más información acerca de este aviso o de la cobertura de su empleador de medicamentos con receta...

Póngase en contacto con la persona que se indica a continuación para obtener más información. NOTA: Recibirá este aviso cada año. Además lo recibirá antes del siguiente periodo de inscripciones al plan de medicamentos de Medicare y si cambia

Avisos del plan de salud

esta cobertura. Asimismo, puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para más información acerca de sus opciones conforme a la cobertura de medicamentos con receta de Medicare...

Para información más detallada acerca de los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos con receta, consulte el manual "Medicare & You" (Medicare y Usted). Medicare le enviará un ejemplar del manual por correo cada año. Asimismo, es posible que los representantes de planes de medicamentos de Medicare se pongan en contacto con usted directamente.

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

- Visite www.medicare.gov
- Para recibir ayuda personalizada, llame al Programa de Asistencia de Seguros Médicos del Estado (en la contratapa trasera encontrará su copia del folleto "Medicare y Usted" en donde encontrará el número telefónico de ellos).
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si cuenta con ingresos y recursos limitados, se ofrece ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Para información acerca de este programa de Extra Help (Ayuda Adicional), visite el Seguro Social en la Web en www.socialsecurity.gov, o llame al 1-800-722-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Recuerde: Guarde este aviso de cobertura de acreditable. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, tal vez tendrá que proporcionar una copia de este aviso cuando se inscriba para demostrar si ha mantenido o no una cobertura acreditable y, por lo tanto, si se requiere o no que pague una prima más alta (penalidad).

**October 1, 2025
Toyoda Gosei North America Corporation
Human Resources
1400 Stephenson Highway
Troy, MI 48083
248-280-2100**

Avisos del plan de salud

Aviso de derechos de inscripción especial de HIPAA

Si un empleado elegible rechaza la inscripción en un plan de salud de grupo para el empleado o el cónyuge o dependientes del empleado debido a otro seguro médico o cobertura de plan de salud de grupo, el empleado elegible podrá inscribirse a sí mismo y a sus dependientes elegibles en este plan si la elegibilidad se pierde para la otra cobertura (o porque el empleador deja de contribuir para esta otra cobertura). Sin embargo, el empleado elegible debe solicitar la inscripción dentro de **30** días después de que termine la otra cobertura (o después de que el empleador cese las contribuciones para la cobertura).

Además, si un empleado elegible adquiere un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, el empleado elegible podrá inscribirse a sí mismo y a sus dependientes elegibles, siempre que el empleado elegible solicite la inscripción dentro de **30** días después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Además, los empleados elegibles y sus dependientes elegibles que son elegibles para la cobertura pero no están inscritos, serán elegibles para inscribirse en la cobertura dentro de los 60 días posteriores a que dejen de ser elegibles para la cobertura bajo un plan de Medicaid o Children's Health Insurance Plan (CHIP - Plan de seguro de salud para niños) o se determine que son elegibles para asistencia financiera bajo un plan de Medicaid, CHIP o estatal con respecto a la cobertura bajo el plan.

Para solicitar una inscripción especial o para obtener más información, póngase en contacto con su plan de salud.

Notificación de la Ley de Protección de la Salud del Recién Nacido y de la Madre

En términos generales y conforme a las leyes federales, los planes grupales de salud y los emisores de seguros médicos no podrán restringir los beneficios del periodo de hospitalización debido al parto de la madre o del neonato, a menos de 48 horas después de un parto vaginal o a menos de 96 horas después de una cirugía de cesárea. Sin embargo, la ley federal suele no prohibir al prestador de servicios médicos que atiende a la madre o a su bebé recién nacido, después de consultar con la madre, dar de alta a la madre o al bebé antes de 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En ningún caso pueden los planes y los emisores de seguros, conforme a la ley federal, exigir que el proveedor obtenga autorización del emisor del plan o seguro para recetar una estancia que no exceda las 48 (o 96) horas. Para más información sobre los beneficios de maternidad, póngase en contacto con su plan de salud.

Avisos del plan de salud

Notificación de los Derechos Sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer

Si ha sido sometida o será sometida a una mastectomía, podría tener derecho a ciertos beneficios, conforme a la Ley de Salud de la Mujer y Derechos del Cáncer de 1998 (WHCRA, por sus siglas en inglés). Para las personas que reciban beneficios relacionados con una mastectomía, la cobertura se determinará en consulta con el médico tratante y la paciente para:

- Todas las etapas de reconstrucción del seno en el que se realizó una mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica;
- Prótesis; y
- Tratamiento de complicaciones físicas de la mastectomía, incluyendo linfedema.

Estos beneficios se proporcionarán sujetos a los mismos deducibles y coaseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados bajo la cobertura de este plan. Para más información sobre los beneficios de WHCRA, póngase en contacto con su plan de salud.

Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR LÉALO CUIDADOSAMENTE.

Este Aviso de Prácticas de Privacidad (el "Aviso") describe las obligaciones legales del Plan de Salud de **Toyoda Gosei North America Corporation** (el "Plan") patrocinado por **Toyoda Gosei North America Corporation** ("Patrocinador del plan") y su derechos legales con respecto a su información de salud protegida que tiene el Plan bajo la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA), la Ley de Tecnologías de Información Médica para la Salud Clínica y Económica (Ley HITECH) y las reglamentaciones posteriores que enmiendan ("Regla de Privacidad de HIPAA"). Entre otras cosas, este Aviso describe cómo se puede usar o divulgar su información de salud protegida para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago u atención médica, o para cualquier otro propósito permitido o exigido por la ley. Estamos obligados a proporcionarle este Aviso de privacidad de HIPAA de conformidad con HIPAA.

La regla de privacidad de HIPAA protege solo cierta información médica conocida como "información de salud protegida". En general, la información de salud protegida es información de salud, incluida la 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 su empleador en nombre de un plan de salud grupal, del cual es posible identificarlo individualmente a usted y que se relacione con:

- Su salud o condición física o mental pasada, presente o futura;

Avisos del plan de salud

- La provisión de atención médica para usted; o
- El pago pasado, presente o futuro por la prestación de atención médica a usted.

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso o sobre nuestras prácticas de privacidad, comuníquese con la persona que se indica al final de este aviso.

Nuestras responsabilidades

Toyoda Gosei North America Corporation está obligado por ley para:

- Mantener la privacidad de su información de salud protegida;
- Proporcionarle ciertos derechos con respecto a su información de salud protegida;
- Proporcionarle una copia de este Aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud protegida; y
- Cumplir con los términos del Aviso que está actualmente en vigor.

Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este Aviso y hacer nuevas disposiciones con respecto a la información de salud protegida suya que mantenemos, según lo permita o exija la ley. Si realizamos algún cambio importante a este Aviso, le proporcionaremos una copia de nuestro Aviso de privacidad HIPAA revisado electrónicamente o por correo de primera clase a la última dirección conocida que tengamos.

Cómo podemos usar y divulgar su información de salud protegida

Según la ley, podemos usar o divulgar su información de salud protegida bajo ciertas circunstancias sin su permiso. Las siguientes categorías describen las diferentes formas en que podemos usar y divulgar su información de salud protegida. No se enumerarán todos los usos o divulgaciones en una categoría. Sin embargo, todas las formas en que se nos permite usar y divulgar información se incluirán en una de las categorías.

Para 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 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 informarle 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. Podemos compartir o discutir su información de salud protegida con los miembros de su familia u otras personas involucradas en su atención o con el pago de su atención, a menos que usted se oponga por escrito y proporcione la objeción al contacto de HIPAA del Plan que figura al final de este Aviso. Asimismo, podemos compartir su información de salud protegida con otra entidad para ayudar con la adjudicación o subrogación de reclamos

Avisos del plan de salud

de salud o con otro plan de salud para coordinar los pagos de beneficios. En cualquiera de estos casos, divulgaremos solo la información necesaria para resolver el asunto en cuestión.

Para operaciones de atención médica. Podemos usar y divulgar su información de salud protegida para otras operaciones del Plan. Estos usos y divulgaciones son necesarios para operar el Plan. Por ejemplo, podemos usar información médica en relación con llevar a cabo actividades de evaluación y mejora de la calidad; suscripción, clasificación de primas y otras actividades relacionadas con la cobertura del Plan; presentar reclamos de cobertura de límite de pérdida (o exceso de pérdida); llevar a cabo o coordinar revisiones médicas, servicios legales, servicios de auditoría y programas de detección de fraude y abuso; planificación y desarrollo de negocios, como la gestión de costos; y la gestión empresarial y actividades administrativas generales del Plan. Sin embargo, no utilizaremos su información genética con fines de aseguramiento.

Alternativas de tratamiento o beneficios y servicios relacionados con la salud. Podemos usar y divulgar su información de salud protegida para enviarle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que podrían ser de interés para usted.

A socios comerciales. Podemos contratar a personas o entidades conocidas como socios comerciales para realizar diversas funciones en nuestro nombre o para proporcionar ciertos tipos de servicios. Para realizar estas funciones o brindar estos servicios, los socios comerciales recibirán, crearán, mantendrán, transmitirán, usarán y/o divulgarán su información de salud protegida, pero solo después de que acuerden por escrito con nosotros implementar las medidas de seguridad adecuadas con respecto a su información de salud protegida. Por ejemplo, podemos divulgar su información de salud protegida a un socio comercial para tramitar sus reclamos de beneficios del Plan o para brindar servicios de apoyo, tales como la administración de utilización, administración de beneficios de farmacia o subrogación, pero solo después de que el socio comercial firme un acuerdo de socio comercial con nosotros.

Como lo exige 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 lo exijan las leyes de seguridad nacional o las leyes de divulgación de salud pública.

Para evitar una amenaza grave a la salud o 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 la salud y seguridad del público o de otra persona. Cualquier divulgación, sin embargo, solo sería realizada a alguien capaz de ayudar a prevenir la amenaza. Por ejemplo, podemos divulgar su información de salud protegida en un procedimiento relacionado con la licencia de un médico.

Para planificar patrocinadores. Podemos divulgar a ciertos empleados de la

Avisos del plan de salud

información de salud protegida del empleador con el propósito de administrar el plan. Sin embargo, esos empleados solo usarán o divulgarán esa información según sea necesario para realizar las funciones de administración del plan o según lo exija la HIPAA, a menos que usted haya autorizado divulgaciones adicionales. Su información de salud protegida no se puede utilizar con fines laborales sin su autorización específica.

Situaciones especiales

Además de lo anterior, las siguientes categorías describen otras formas posibles en las que podemos usar y divulgar su información de salud protegida sin su autorización específica. Para cada categoría de usos o divulgaciones, explicaremos lo que esto significa y presentaremos algunos ejemplos. No se enumerarán todos los usos o divulgaciones en una categoría. Sin embargo, todas las formas en que se nos permite usar y divulgar información 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 después de su muerte a organizaciones que gestionan la obtención de órganos o el trasplante de órganos, ojos o tejidos o a un banco de donación de órganos, según sea necesario para facilitar la donación y el trasplante de órganos o tejidos.

Militar. Si es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar su información de salud protegida según lo exijan las autoridades del comando militar. También podemos divulgar información de salud protegida sobre personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera correspondiente.

Compensación al trabajador. Podemos divulgar su información de salud protegida para compensación al trabajador o programas similares, pero solo según lo autorizado por, y en la medida necesaria para cumplir con, las leyes relacionadas con la compensación al trabajador y programas similares que brindan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Riesgos para la salud pública. Podemos divulgar su información de salud protegida para actividades de salud pública. Estas actividades generalmente incluyen lo siguiente:

- para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
- para informar nacimientos y defunciones;
- para reportar abuso o negligencia infantil;
- para reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos;
- para notificar a las personas sobre la retirada de productos que pudieran estar usando;
- para notificar a una persona que pudiera haber estado expuesta a una enfermedad o pudiera estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición;

Avisos del plan de salud

- para notificar a la autoridad gubernamental correspondiente 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 lo exija o lo autorice la ley.

Actividades de supervisión de la salud. Podemos divulgar su información de salud protegida a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y el otorgamiento de licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno monitoree el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

Juicios y disputas. Si está involucrado en un juicio legal o 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 citación, petición de descubrimiento u otro proceso legal por parte de alguien involucrado en una disputa legal, pero solo si se han hecho esfuerzos para informarle sobre la petición o para obtener una orden judicial o administrativa que protege la información solicitada.

Cumplimiento de la ley. Podemos divulgar su información de salud protegida si así lo solicita un funcionario encargado de hacer cumplir la ley:

- en respuesta a una orden judicial, citación, autorización judicial, orden de comparecencia o proceso similar;
 - para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida;
 - sobre la víctima de un delito si, bajo ciertas circunstancias limitadas, no podemos obtener el consentimiento de la víctima;
 - sobre una muerte que creemos que puede ser el resultado de una conducta delictiva;
- y
- sobre conducta delictiva.

Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias. Podemos divulgar información de salud protegida a un médico forense o examinador médico. Esto puede que sea necesario para, por ejemplo, identificar a una persona fallecida o para determinar la causa de la muerte. También podemos divulgar información médica sobre pacientes a los directores de funerarias, según sea necesario para llevar a cabo sus funciones.

Actividades de seguridad nacional e 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.

Reclusos. Si usted es un preso de una institución correccional o está bajo la custodia de un funcionario de la ley, podemos divulgar su información de salud protegida a la

Avisos del plan de salud

institución correccional o al funcionario 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:

- los identificadores individuales han sido eliminados; o
cuando una junta de revisión institucional o junta de privacidad ha revisado la propuesta de investigación, ha establecido protocolos para garantizar la privacidad de la información solicitada y aprueba la investigación.

Divulgaciones requeridas

La siguiente es una descripción de las divulgaciones de su información de salud protegida que debemos realizar.

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

Divulgaciones a usted. Cuando lo solicite, estamos obligados a divulgarle la parte de su información de salud protegida que contiene expedientes 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 de salud protegida si la divulgación fue por motivos distintos al pago, tratamiento u operaciones de atención médica, y si la información de salud protegida no se divulgó de conformidad a su autorización individual.

Otras divulgaciones

Representantes personales. Divulgaremos su información de salud protegida a las personas autorizadas por usted o a una persona designada como su representante personal, apoderado, etc., siempre que nos proporcione una notificación/autorización por escrito y cualquier documento que la respalde (es decir, poder legal de representación). Nota: Según la regla de privacidad de HIPAA, no tenemos que divulgar información a un representante personal si tenemos creencia razonable de que:

- ha sido, o puede ser, objeto de violencia doméstica, abuso o negligencia por parte de dicha persona; o
- tratar a esa persona como su representante personal podría ponerlo en riesgo; y
- en el ejercicio del juicio profesional, no es en su mejor interés tratar a la persona como su representante personal.

Avisos del plan de salud

Cónyuges y otros miembros de la familia. Con solo excepciones limitadas, enviaremos todo el correo al empleado. Esto incluye correo relacionado con el cónyuge del empleado y otros miembros de la familia que están cubiertos por el Plan, e incluye correo con información sobre el uso de los beneficios del Plan por parte del 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 (consulte a continuación en "Sus derechos"), y si hemos aceptado la solicitud, le enviaremos un correo según lo dispuesto en la solicitud de restricciones o comunicaciones confidenciales.

Autorizaciones. Otros usos o divulgaciones de su información de salud protegida no descritos anteriormente solo se realizarán con su autorización por escrito. Por ejemplo, en general y sujeto a condiciones específicas, no usaremos ni divulgaremos sus notas psiquiátricas; no usaremos ni divulgaremos su información de salud protegida para comercialización; y no venderemos su información de salud protegida, a menos que nos proporcione una autorización por escrito. Puede revocar las autorizaciones por escrito en cualquier momento, siempre que la revocación sea por escrito. Una vez que recibamos su revocación por escrito, solo será efectiva para usos y divulgaciones futuras. No será efectiva para ninguna información que pudiera haber sido utilizada o divulgada en base a la autorización por escrito y antes de recibir su revocación por escrito.

Sus derechos

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

Derecho a inspeccionar y copiar. Tiene derecho a inspeccionar y copiar cierta información de salud protegida que puede usarse para tomar decisiones sobre los beneficios de su Plan. Si la información que solicita se mantiene electrónicamente y usted solicita una copia electrónica, le proporcionaremos una copia en la forma y el formato electrónico que solicita, si la información se puede producir fácilmente en esa forma y formato; si la información no se puede producir fácilmente en esa forma y formato, trabajaremos con usted para llegar a un acuerdo sobre la forma y el formato. Si no podemos acordar una forma y un formato electrónico, le proporcionaremos una copia en papel.

Para inspeccionar y copiar su información de salud protegida, debe enviar su solicitud por escrito a la persona que se indica al final de este Aviso. Si solicita una copia de la información, podemos cobrar una tarifa razonable por los costos de copiado, envío por correo u otros suministros asociados con su petición. Podemos denegar su solicitud de inspeccionar y copiar en ciertas circunstancias muy limitadas. Si se le niega el acceso a su información médica, usted puede solicitar que se revise la denegación presentando una solicitud por escrito a la persona que se indica al final de este Aviso.

Derecho a modificar. Si cree que la información de salud protegida que tenemos

Avisos del plan de salud

sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitarnos que la modifiquemos. Tiene derecho a solicitar una modificación mientras la información sea conservada por o para el Plan. Para solicitar una modificación, su solicitud debe hacerse por escrito y enviarse a la persona indicada al final de este Aviso. Debe proporcionar una razón que respalde su solicitud.

Podemos denegar su solicitud de modificación si no está por escrito o no incluye una razón para respaldar la solicitud. Además, podemos denegar su solicitud si nos pide que modifiquemos información que:

- no es parte de la información médica mantenida 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 realizar la modificación;
- no es parte de la información que se le permitiría inspeccionar y copiar; o
- ya es precisa y completa.

Si rechazamos su solicitud, tiene derecho a presentarnos una declaración de desacuerdo y cualquier divulgación futura de la información en disputa incluirá su declaración.

Derecho a un informe de divulgaciones. Tiene derecho a solicitar un "informe" de ciertas divulgaciones de su información de salud protegida. El informe no incluirá (1) divulgaciones con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica; (2) divulgaciones hechas a usted; (3) divulgaciones hechas conforme a su autorización; (4) divulgaciones hechas a amigos o familiares en su presencia o debido a una emergencia; (5) divulgaciones con fines de seguridad nacional; y (6) divulgaciones incidentales a divulgaciones permisibles de otro modo.

Para solicitar esta lista o informe de divulgaciones, debe enviarla por escrito a la persona que se indica al final de este Aviso. Su solicitud debe indicar el período de tiempo que desea que cubra el informe, el cual no puede ser superior a seis años antes de la fecha de la solicitud. Su solicitud debe indicar en qué forma desea el informe (por ejemplo, en papel o electrónico). El primer informe que solicite dentro de un período de 12 meses se le proporcionará de forma gratuita. Para informes adicionales, podremos cobrarle los costos de proporcionar la lista. Le notificaremos el costo involucrado y puede optar por retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de que se incurra cualquier costo.

Derecho a solicitar restricciones. Tiene derecho a solicitar una restricción o limitación de su información de salud protegida que usamos o divulgamos para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También tiene derecho a solicitar un límite en su información de salud protegida que divulgamos a alguien que esté involucrado en su atención o en el pago de su atención, como un familiar o amigo. Por ejemplo, puede solicitar que no usemos ni divulguemos información sobre una cirugía que haya tenido. Salvo lo dispuesto en el siguiente párrafo, no estamos obligados a aceptar su solicitud. Sin embargo, si aceptamos la solicitud, respetaremos la restricción hasta que la revoque o se lo notifiquemos.

Avisos del plan de salud

Cumpliremos con cualquier solicitud de restricción si (1) salvo que la ley exija lo contrario, la divulgación es a un plan de salud con el fin de realizar pagos u operaciones de atención médica (y no con el fin de realizar un tratamiento); y (2) la información de salud protegida se refiere únicamente a un artículo o servicio de atención médica por el cual usted u otra persona han pagado en su totalidad al proveedor de atención médica involucrado. Para solicitar restricciones, debe enviar su solicitud por escrito a la persona indicada al final de este aviso.

En su solicitud, usted debe indicarnos (1) qué información desea limitar; (2) si desea limitar nuestro uso, divulgación o ambos; y (3) a quién desea que se apliquen las limitaciones, por ejemplo, divulgaciones a su cónyuge.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales. Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de cierta manera o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede solicitar que solo nos comuniquemos con usted en el trabajo o por correo. Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe realizar su solicitud por escrito a la persona que se indica al final de este aviso. No le preguntaremos el motivo de su solicitud. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea ser contactado. Daremos cabida a todas las solicitudes razonables.

Derecho a ser notificado de un incumplimiento. Usted tiene derecho a ser notificado en caso de que nosotros (o un socio comercial) descubramos un incumplimiento de la información de salud protegida no asegurada.

Derecho a una copia impresa de este aviso. Tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso. Puede pedirnos que le demos una copia de este aviso en cualquier momento. Si incluso ha aceptado recibir este aviso electrónicamente, aún tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso.

Puede obtener una copia de este aviso en nuestro sitio web que se encuentra al final de este aviso. Para obtener una copia impresa de este aviso, comuníquese con la persona que figura al final de este aviso.

Quejas

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante el Plan o ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. Para presentar una queja ante el Plan, comuníquese con la persona que se indica a continuación. Todas las quejas deben ser presentadas por escrito.

No será penalizado ni sufrirá represalias de ninguna otra manera por presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles o ante nosotros.

Avisos del plan de salud

Contacto de HIPAA

Human Resources
1400 Stephenson Highway
Troy, MI 48083
248-280-2100
www.tggrouppenefits.com

Aviso del Programa de bienestar contingente de

El **Toyoda Gosei plan** se compromete a ayudarlo a lograr su mejor salud. Los premios por participar en un programa de bienestar están disponibles para todos los empleados. Si cree que es posible que no pueda cumplir con un estándar para un premio bajo este programa de bienestar, puede calificar para una oportunidad de ganar el mismo premio por diferentes medios. Comuníquese con el plan al **248-280-2100** y trabajaremos con usted (y, si lo desea, con su médico) para encontrar un programa de bienestar con el mismo premio que sea adecuado para usted en función de su estado de salud.

Aviso de protección del programa de bienestar

Toyoda Gosei North America Corporation patrocina un programa de bienestar voluntario disponible para todos los empleados. El programa es administrado de acuerdo con las reglas federales que permiten los programas de bienestar patrocinados por el empleador con la intención de mejorar la salud de los empleados o prevenir enfermedades, incluida la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990, la Ley de No Discriminación de Información Genética de 2008 y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos, según corresponda, entre otros. Si elige participar en el programa de bienestar, se le pedirá que complete una evaluación de riesgo de salud voluntaria o "HRA" que hace una serie de preguntas sobre sus actividades y comportamientos relacionados con la salud y si tiene o tuvo ciertas afecciones médicas (p. ej., cáncer, diabetes o enfermedad cardiovascular). También se le pedirá que complete un examen biométrico, que incluirá un análisis de sangre para **glucosa y colesterol levels**. Usted no está obligado a completar la HRA ni a participar en el análisis de sangre u otros exámenes médicos.

Sin embargo, los empleados que opten por participar en el programa de bienestar recibirán un incentivo de **menos deducciones de su recibo de sueldo o si elige realizarse una evaluación de salud voluntaria, puede mantener sus deducciones del recibo de sueldo en montos más bajos; pero si no lo hace, podrá quedar sujeto a un recargo. Toyoda Gosei recompensa a los empleados que no utilizan tabaco, ofreciendo cobertura a un costo más bajo. Su monto de contribución al plan médico/de medicamentos aumentará \$10 por recibo de sueldo si utiliza tabaco.**

La información de su HRA y los resultados de su evaluación biométrica se usarán para brindarle información que le ayude a conocer su salud actual y los riesgos potenciales,

Avisos del plan de salud

y también se pueden usar para ofrecerle servicios a través del programa de bienestar. También lo invitamos a compartir sus resultados o inquietudes con su propio médico.

Protecciones contra la divulgación de información médica

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de la información de salud que lo identifica a usted personalmente. Aunque el programa de bienestar y **Toyoda Gosei North America Corporation** pueden usar la información agregada que recopila para diseñar un programa basado en los riesgos de salud identificados en el lugar de trabajo, el programa de bienestar nunca divulgará su información personal públicamente o al empleador, excepto según sea necesario para responder a una solicitud suya de una adaptación razonable necesaria para participar en el programa de bienestar, o según lo permita expresamente la ley. La información médica que lo identifica a usted personalmente que se proporcione en relación con el programa de bienestar no se proporcionará a sus supervisores o gerentes y nunca podrá usarse para tomar decisiones con respecto a su empleo.

No se venderá, intercambiará, transferirá ni divulgará su información de salud, excepto en la medida permitida por la ley para llevar a cabo actividades específicas relacionadas con el programa de bienestar, y no se le pedirá ni se le exigirá que renuncie a la confidencialidad de su información de salud como una condición para participar en el programa de bienestar o recibir un incentivo. Cualquier persona que reciba su información con el fin de brindarle servicios como parte del programa de bienestar cumplirá con los mismos requisitos de confidencialidad. La(s) única(s) persona(s) que recibirá(n) su información de salud personalmente identificable es(son) para brindarle servicios bajo el programa de bienestar.

Además, toda la información médica obtenida a través del programa de bienestar se mantendrá separada de sus expedientes de personal, la información almacenada electrónicamente se encriptará y ninguna información que proporcione como parte del programa de bienestar se utilizará para tomar ninguna decisión de empleo **contracted by Toyoda Gosei North America Corporation, such as health coaches, in order to provide you with services under the wellness program. In addition, all medical information obtained through the wellness program will be maintained separate from your personnel records, information stored electronically will be encrypted, and no information you provide as part of the wellness program will be used in making any employment decision. Appropriate precautions will be taken to avoid any data breach, and in the event a data breach occurs involving information you provide in connection with the wellness program, we will notify you immediately.** Se tomarán las precauciones adecuadas para evitar cualquier filtración de información y, en caso de que se produzca una filtración de datos relacionada con la información que usted proporcione en relación con el programa de bienestar, se lo notificaremos de inmediato.

Avisos del plan de salud

No puede ser discriminado en su empleo debido a la información médica que proporciona como parte de su participación en el programa de bienestar ni puede estar sujeto a represalias si elige no participar.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre este aviso o sobre las protecciones contra la discriminación o represalias, por favor, comuníquese con **Recursos Humanos llamando al 248-280-2100**.

Aviso Disponibilidad del Resumen de Información de Salud

Como empleado, los beneficios que tiene disponibles representan un importante componente de su paquete de compensación. También les proporcionan protección importante a usted y a su familia en el caso de una enfermedad o lesión.

Elegir una opción de cobertura de salud es una decisión importante. Para ayudarlo a realizar una elección informada, su plan pone a disposición un Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) que resume información importante sobre cualquier opción de cobertura de salud en un formato estándar, para ayudarlo a comparar las opciones.

Los SBCs se encuentran disponibles en Internet en <https://www.tggrouppenefits.com/home.html>

Sus Derechos y Protecciones Contra Facturas Médicas Sorpresa

Cuando recibe atención de emergencia o si lo trata un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio de la red, estará protegido de facturaciones de saldos. En estos casos, no debería cobrarse más que los copagos, coaseguro y/o deducible de su plan.

¿Qué es "facturación de saldo" (a veces denominada "facturación sorpresa")?

Cuando ve a un médico o a otro proveedor de salud, podrá tener que pagar ciertos [costos de desembolso](#), como [copago](#), [coaseguro](#) o [deducible](#). Podrá tener costos adicionales o tener que pagar la factura completa si ve a un proveedor o visita un centro de salud que no está en la red de su plan de salud.

"Fuera de la red" significa proveedores y centros que no firmaron un contrato con su plan de salud para proporcionar servicios. Los proveedores que no pertenecen a la red podrán tener permitido facturarle la diferencia entre lo que paga su plan y el monto total que se cobra por un servicio. A esto se lo denomina "**facturación de saldo**". Este monto probablemente es mayor a los costos dentro de la red por el mismo servicio y podrá no contar para el deducible de su plan o para el límite de desembolso anual.

"Facturación sorpresa" es una factura de saldo inesperada. Esto puede ocurrir cuando no puede controlar quién está involucrado en su atención médica - como cuando tiene una emergencia o cuando programa una visita en un centro de la red pero es tratado inesperadamente por un proveedor fuera de la red. Las facturas médicas sorpresa podrán costar miles de dólares, dependiendo del procedimientos o servicio.

Está protegido de la facturación del saldo para:

Servicios de emergencia

Si tiene una condición médica de emergencia y recibe servicios de emergencia de un proveedor o centro fuera de la red, lo máximo que ellos pueden facturarle es el monto que comparte del costo dentro de la red del plan (como copagos, coaseguro y deducibles). **No se le puede** facturar el saldo para estos servicios de emergencia. Incluye servicios que podría recibir después de estar en una condición estable, a menos que otorgue un consentimiento escrito y renuncie a las protecciones para que no se le facture el saldo para estos servicios post estabilización.

[Introduzca un resumen con lenguaje sencillo de las leyes o los requerimientos de facturación de saldo que aplican al estado O con el lenguaje desarrollado por el estado, como corresponda]

Ciertos servicios en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio de la red

Cuando recibe servicios de un hospital o centro quirúrgico ambulatorio de la red, ciertos proveedores del lugar podrían no pertenecer a la red. En estos casos, lo máximo que estos proveedores pueden facturarle es el monto que comparte del costo dentro de la red. Esto aplica a servicios de medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, cirujano asistente, hospitalista o intervencionista. Estos proveedores **no pueden** facturarle el saldo y **no** podrán solicitarle que renuncie a sus protecciones para que no se le facture el saldo.

Si recibe otros tipos de servicios en estos centros de la red, los proveedores que no pertenecen a la red **no pueden** facturarle a usted, a menos que otorgue un consentimiento escrito y renuncie a sus protecciones.

Nunca estará obligado a renunciar a sus protecciones de facturación de saldo. Tampoco está obligado a recibir médica fuera de la red. Puede elegir un proveedor o centro de la red de su plan.

[Introduzca un resumen con lenguaje sencillo de las leyes o los requerimientos de facturación de saldo que aplican al estado O con el lenguaje desarrollado por el estado sobre los requerimientos de la ley estatal aplicable, como corresponda]

Cuando no se permite facturación de saldo, también tiene estas protecciones:

- Usted únicamente es responsable de pagar su parte del costo (como copagos, coaseguro y deducible que pagaría si el proveedor o centro perteneciera a la red). Su plan de salud pagará los costos adicionales a sus proveedores y centros que no pertenecen a la red directamente.

- En general, su plan de salud debe:
 - Cubrir servicios de emergencia sin requerirle que obtenga aprobación por servicios anticipadamente (también conocido como "autorización previa").
 - Cubrir servicios de emergencia de proveedores que no pertenecen a la red.
 - Basar lo que le debe al proveedor o centro (parte que comparte del costo) en lo que se pagaría a un proveedor o centro de la red y mostrar ese monto en su explicación de beneficios.
 - Contar el monto que paga para servicios de emergencia o servicios fuera de la red para su deducible y límite de desembolso dentro de la red.

Si cree que le facturaron mal, comuníquese con el Departamento de Salud y Recursos Humanos llamando al 1-800-985-3059 y visite <https://www.cms.gov/nosurprises> para más información sobre sus derechos bajo la ley federal.

[Si corresponde, introduzca: Visite [sitio web] para más información sobre sus derechos bajo [leyes estatales].]