



Toyota Gosei North America Corporation

Avisos del Plan de Salud

1 de enero de 2027

Se Incluyen en Este Paquete:

- Aviso de Cobertura Acreditable de Medicare
- Aviso de Derechos de Inscripción Especial
- Aviso sobre la Ley de Protección de la Salud de Madres y Recién Nacidos
- Aviso sobre la Ley de Derechos sobre Salud y Cáncer de las Mujeres Aviso
- Aviso sobre las Prácticas de Privacidad de HIPAA
- Aviso del Programa de Bienestar Condicionado a la Salud
- Aviso sobre las Protecciones del Programa de Bienestar
- Disponibilidad del Resumen de Información de Salud
- Aviso de Facturación Sorpresa

Avisos del Plan de Salud

Aviso Importante Sobre Su Cobertura de Medicamentos y Medicare

Aviso de Cobertura Acreditable

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

Por favor, lea este aviso atentamente y guárdelo en un lugar que pueda encontrarlo fácilmente. Este aviso contiene información sobre su cobertura de medicamentos de Toyoda Gosei North America Corporation y sus opciones bajo la cobertura de medicamentos de Medicare. Esta información podrá ayudarlo a decidir si desea participar en un plan de medicamentos de Medicare o no. Si está considerando participar, debería comparar la cobertura de su empleador, incluyendo qué medicamentos están cubiertos y a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos de Medicare en su área. La información sobre dónde puede recibir ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos se encuentra al final de este aviso.

Hay dos cosas importantes que debe saber sobre la cobertura de su empleador y la cobertura de medicamentos de Medicare:

1. La cobertura de medicamentos de Medicare comenzó a estar disponible en 2006 para todas las personas que tienen Medicare. Puede recibir esta cobertura si participa en un Plan de Medicamentos de Medicare o si participa en un Plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) que ofrece cobertura de medicamentos. Todos los planes de medicamentos de Medicare proporcionan por lo menos un nivel de cobertura estándar establecido por Medicare. Algunos planes también podrán ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
2. Toyoda Gosei North America Corporation ha determinado que se prevé que la cobertura de medicamentos que se ofrece en el plan United Healthcare Optimal con deducible de \$1,750/\$3,500 y en los planes United Healthcare Prime de \$750/\$1,500 pagará en promedio, para todos los participantes, lo mismo que la cobertura de medicamentos estándar de Medicare; y por lo tanto, es considerada una Cobertura Acreditable. Como su cobertura es una Cobertura Acreditable, puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una penalidad) si más tarde decide participar en un plan de medicamentos de Medicare.

¿Cuándo Puede Participar en un Plan de Medicamentos de Medicare?

Puede participar en un plan de medicamentos de Medicare cuando es elegible por primera vez para recibir Medicare y cada año del 15 de octubre al 7 de diciembre. Sin embargo, si pierde su cobertura de medicamentos acreditable, sin que sea por culpa suya, también será elegible para recibir un Período de Inscripción Especial (SEP) de dos (2) meses para participar en un plan de medicamentos de Medicare.

Avisos del Plan de Salud

¿Qué le Ocurre a la Cobertura de su Empleador si Decide Participar en un Plan de Medicamentos de Medicare?

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

¿Cuándo Pagará una Prima Más Alta (Penalidad) para Participar en un Plan de Medicamentos de Medicare?

También debe saber que si da de baja o pierde la cobertura de su empleador y no participa en un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días continuos después que termina la cobertura, podrá tener que pagar una prima más alta (una penalidad) para participar en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si pasan 63 días continuos o más sin cobertura de medicamentos acreditable, su prima mensual podrá aumentar por lo menos un 1% de la prima básica de Medicare del beneficiario por cada mes que no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si pasan diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima podrá ser consistentemente por lo menos un 19% más alta que la prima básica para beneficiarios de Medicare. Podrá tener que pagar esta prima más alta (una penalidad) durante todo el tiempo que tenga cobertura de medicamentos de Medicare. Además, podrá tener que esperar hasta el siguiente octubre para participar.

Para Más Información Sobre Este Aviso o Sobre La Cobertura De Medicamentos de su Empleador...

Comuníquese con la persona indicada a continuación para más información. ***NOTA:** Recibirá este aviso todos los años. También lo recibirá antes del siguiente período en el que puede participar en un plan de medicamentos de Medicare y si cambia esta cobertura. También podrá solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para Más Información Sobre Sus Opciones Bajo La Cobertura De Medicamentos de Medicare...

En el manual "Medicare y Usted" encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos. Todos los años Medicare le enviará por correo una copia del manual. También podrá ser contactado directamente por los planes de medicamentos de Medicare.

Para Más Información sobre la cobertura de medicamentos de Medicare:

- Visite www.medicare.gov
- Llame al Programa de Asistencia para Seguros de Salud de su Estado (observe en la contratapa interna de su copia del manual "Medicare y Usted" para consultar su número de teléfono) para recibir ayuda personalizada
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Avisos del Plan de Salud

Si tiene ingresos y recursos limitados, tendrá disponible más ayuda para pagar la cobertura de medicamentos de Medicare. Para información sobre esta ayuda adicional, visite la página web de Seguridad Social en www.socialsecurity.gov o llámelos al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Recuerde: Guarde este aviso de Cobertura Acreditable. Si decide participar en uno de los planes de medicamentos de Medicare, podrá tener que proporcionar una copia de este aviso cuando participe, para demostrar si mantuvo cobertura acreditable o no y por lo tanto, si debe pagar una prima más alta (una penalidad) o no.

15 de Octubre de 2026

Toyoda Gosei North America Corporation
Recursos Humanos
1400 Stephenson Highway
Troy, MI 48083
248-280-2100

Avisos del Plan de Salud

Aviso de los Derechos de Inscripción Especial de HIPAA

Si un empleado elegible rechaza la inscripción en un plan de salud grupal para el empleado o para el cónyuge o dependientes del empleado debido a otra cobertura de seguro de salud o plan de salud grupal, el empleado elegible podrá inscribirse a sí mismo y a sus dependientes elegibles en este plan si pierde la elegibilidad para la otra cobertura (o debido a que el empleador deja de contribuir a esta otra cobertura). Sin embargo, el empleado elegible debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días después que termina la otra cobertura (o después de que el empleador deja de realizar contribuciones a la cobertura).

Además, si un empleado elegible tiene un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o asignación en adopción, el empleado elegible podrá inscribirse a sí mismo y a sus dependientes elegibles siempre y cuando el empleado elegible solicite la inscripción dentro de los 30 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o asignación en adopción.

Además, los empleados elegibles y sus dependientes elegibles para la cobertura que no se inscriban serán elegibles para inscribirse en la cobertura dentro de los 60 días después de comenzar a ser inelegibles para la cobertura de un plan Medicare o del Plan de Seguro de Salud para Niños (CHIP) o de que se determina que es elegible para recibir asistencia financiera bajo un plan Medicare, CHIP o estatal, con respecto a la cobertura del plan.

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

Avisos del Plan de Salud

Aviso sobre la Ley de Protección de la Salud de Madres y Recién Nacidos

Los planes de salud grupales y las aseguradoras de salud generalmente no pueden, por ley federal, restringir beneficios de estadía en el hospital en relación con un nacimiento, ni para la madre ni para el recién nacido, a menos de 48 horas después de un parto vaginal o a menos de 96 horas después de una cesárea. No obstante, la ley federal generalmente no prohíbe que el proveedor que atiende a la madre o al recién nacido, después de haberlo consultado con la madre, le dé de alta a la madre o su recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas según corresponda). En cualquiera de los casos, los planes y las aseguradoras no pueden, por ley Federal, requerir que un proveedor obtenga autorización del plan o de la aseguradora para prescribir una estadía que no exceda las 48 horas (o 96 horas). Si desea más información sobre los beneficios de maternidad, comuníquese con su plan de salud.

Aviso sobre la Ley de Derechos sobre Salud y Cáncer de las Mujeres

Si se realizó o se va a realizar una mastectomía, podrá tener derecho a ciertos beneficios bajo la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer de 1998 (WHCRA). Para personas que reciben beneficios relacionados con una mastectomía, la cobertura será proporcionada de la forma que se determine consultando con el médico asistente y el paciente, para:

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

Estos beneficios se proporcionarán sujetos a los mismos deducibles y coaseguro que aplican a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados por este plan. Si desea más información sobre los beneficios de WHCRA, comuníquese con su plan de salud.

Avisos del Plan de Salud

Aviso sobre las Prácticas de Privacidad de HIPAA

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PODEMOS OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO 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") administrado por Toyoda Gosei North America Corporation (el "Patrocinador del Plan") y sus derechos legales sobre la información de salud protegida que posee el Plan bajo la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA), la Ley de Tecnología de la Información de la Salud para la Salud Económica y Clínica (Ley HITECH) y las posteriores regulaciones modificatorias ("Regla de Privacidad de HIPAA"). Entre otras cosas, este Aviso describe cómo puede utilizarse o divulgarse su información de salud protegida para realizar el tratamiento, pago u operaciones de salud o para cualquier otro propósito que permita o requiera la ley. Debemos proporcionarle este Aviso de Privacidad de HIPAA en cumplimiento con HIPAA.

La Regla de Privacidad de HIPAA protege únicamente cierta información médica, conocida como "información de salud protegida". En general, la información de salud protegida es información de salud que incluye información demográfica tomada de usted o creada o recibida de un proveedor de salud, una cámara de compensación de salud, un plan de salud o su empleador en nombre de un plan de salud, de quien es posible identificarlo individualmente y está relacionada con:

- Su salud o condición física o mental pasada, presente o futura;
- La prestación de atención médica que recibe; o
- El pago pasado, presente o futuro para la prestación de atención médica que recibe;

Información de Contacto

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso o sobre nuestras prácticas de privacidad y para cualquier correspondencia o solicitud relacionada con el contenido de este Aviso, por favor, comuníquese con:

Toyoda Gosei North America Corporation
Recursos Humanos
1400 Stephenson Highway
Troy, MI 48083
248-280-2100

Fecha Efectiva

Este Aviso está vigente desde el 1/1/2027

Nuestras responsabilidades

Tenemos obligación por ley de:

- a. mantener la privacidad de su PHI;
- b. proporcionarle ciertos derechos con respecto a su PHI;

Avisos del Plan de Salud

- c. Entregarle una copia de este Aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su PHI; y
- d. seguir los términos de este Aviso que está vigente actualmente.

Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este Aviso y de realizar disposiciones nuevas sobre su PHI que mantenemos, como lo permita o requiera la ley. Si realizamos algún cambio material en este Aviso, le proporcionaremos una copia de nuestras Prácticas para Avisos de Privacidad revisadas.

Cómo Podemos Usar y Divulgar Su Información de Salud Protegida

Por ley, podemos usar o divulgar su información de salud protegida bajo ciertas circunstancias sin su permiso. Las siguientes categorías describen las diferentes formas en las que podemos utilizar y divulgar su información de salud protegida. No se indica cada uso o divulgación de una categoría. Pero todas las formas en las que tenemos permitido usar y divulgar información recaerán dentro de una de las categorías.

Para los Pagos. Podremos utilizar o divulgar su información de salud protegida para determinar su elegibilidad para recibir beneficios del Plan, para facilitar el pago de tratamiento y servicios que recibe de proveedores de salud, para determinar la responsabilidad de los beneficios bajo el Plan o para coordinar la cobertura del Plan. Por ejemplo, podremos decirle a su proveedor de salud sobre su historia clínica, para determinar si un tratamiento en particular es experimental, de investigación o clínicamente necesario o para determinar si el Plan cubrirá el tratamiento. También podremos compartir su información de salud protegida con una revisión de la utilización o pre-certificación de servicios del proveedor. De igual manera, podremos compartir su información de salud protegida con otra entidad para ayudar con la adjudicación o subrogación de reclamos de salud o a otro plan de salud para coordinar los pagos de beneficios.

Para Operaciones de Salud. Podremos utilizar y divulgar su información de salud protegida para otras operaciones del Plan. Estos usos y divulgaciones son necesarios para administrar el Plan. Por ejemplo, podremos utilizar información médica en relación a la gestión de una evaluación de calidad y actividades de mejora; suscripción, clasificación de prima y otras actividades relacionadas con la cobertura del Plan; presentar reclamos para la cobertura de pérdida limitada (stop-loss) (o pérdida de exceso - excess-loss); conducir y organizar una revisión médica, servicios legales, servicios de auditoría y programas de detección de fraude y abuso; planificación y desarrollo comercial como gestión de los costos; y gestión comercial y actividades administrativas del Plan en general. No obstante, no utilizaremos su información genética para propósitos de suscripción.

Información sobre Tratamientos por Desorden en el Uso de Sustancias (SUD). Parte de su información de salud podrá formar parte de un registro de paciente con SUD y estará sujeta a otras protecciones bajo la ley federal (42 CFR Parte 2) que rige la confidencialidad de registros de pacientes con SUD. Si recibimos o guardamos alguna información sobre usted relacionada con un programa de tratamiento SUD que esté cubierta por 42 CFR Parte 2 (un "Programa de la Parte 2"), mediante un consentimiento general que le proporcione al Programa de la Parte 2 para que utilice y divulgue el registro de paciente con SUD para propósitos de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, podremos utilizar y divulgar su registro de paciente con SUD para propósitos de tratamiento, pago y operaciones de atención de salud, como se describe en este Aviso. Si recibimos o guardamos su registro de paciente con SUD a través de

Avisos del Plan de Salud

un consentimiento específico que nos haya proporcionado usted o un tercero, utilizaremos y divulgaremos su registro de paciente con SUD únicamente como usted lo haya permitido expresamente en su consentimiento, como nos lo hayan proporcionado. En ningún caso utilizaremos o divulgaremos su registro de paciente con SUD o su testimonio que describa la información incluida en su registro de paciente con SUD en procesos civiles, penales, administrativos o legislativos de cualquier autoridad Federal, Estatal o local en su contra, a menos que lo autorice mediante su consentimiento o a través de una orden de una corte después de haberle proporcionado a usted el aviso de la orden de la corte.

A Asociados de Negocios Podremos comunicarnos con personas o entidades conocidas como Asociados de Negocios para que realicen varias funciones por nosotros o para que proporcionen ciertos tipos de servicios. Para realizar estas funciones o para proporcionar estos servicios, los Asociados de Negocios recibirán, crearán, mantendrán, transmitirán, utilizarán y/o divulgarán su información de salud protegida, pero únicamente después de acordar por escrito con nosotros que se implementarán medidas de seguridad apropiadas sobre su información de salud protegida. Por ejemplo, podremos divulgar su información de salud protegida a un Asociado de Negocios para que procese sus reclamos de beneficios del Plan o para que proporcione servicios de apoyo, como gestión de la utilización, gestión de beneficios de farmacia o subrogación, pero únicamente después de que el Asociado de Negocios celebre un contrato de Asociado de Negocios con nosotros.

Alternativas de Tratamiento o Beneficios y Servicios Relacionados con la Salud

Podremos utilizar y divulgar su información de salud protegida para enviarle información sobre alternativas de tratamientos u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que pudieran ser de su interés.

Como lo Requiera la Ley Divulgaremos su información de salud protegida cuando sea obligatorio hacerlo en cumplimiento con una ley federal, estatal o local. Por ejemplo, podremos divulgar su información de salud protegida cuando lo requieran las leyes de seguridad nacional o las leyes de divulgación de salud pública.

Para Prevenir una Amenaza Grave para la Salud o la Seguridad Podremos utilizar y divulgar su información de salud protegida cuando sea necesario para evitar una amenaza grave a su salud y seguridad o para la salud y seguridad del público o de otra persona. No obstante, toda divulgación sería únicamente a alguien para ayudar a evitar la amenaza. Por ejemplo, podremos divulgar su información de salud protegida en un proceso legal relacionado con la matrícula de un médico.

A Patrocinadores del Plan Para el propósito de administrar el plan, podremos divulgar información de salud protegida a ciertos empleados del Empleador. No obstante, esos empleados únicamente utilizarán o divulgarán esa información como sea necesario para realizar funciones de administración del plan o como lo requiera de cualquier manera HIPAA, a menos que haya autorizado otras divulgaciones. Su información de salud protegida no puede ser utilizada para propósitos de empleo sin su autorización específica.

Situaciones Especiales

Avisos del Plan de Salud

Además de lo arriba indicado, las siguientes categorías describen otras posibles formas en las que podremos utilizar y divulgar su información de salud protegida sin su autorización específica. Para cada categoría de usos y divulgaciones, explicaremos lo que significa y presentaremos algunos ejemplos. No se indica cada uso o divulgación de una categoría. Pero todas las formas en las que tenemos permitido usar y divulgar información recaerán dentro de una de las categorías.

Donación de Órganos y Tejido. Si es donante de órganos, podremos liberar su información de salud protegida después de su muerte a organizaciones que manejan la adquisición de órganos o trasplantes de órganos, ojo o tejido o a un banco de donación de órganos, según la necesidad, para facilitar la donación y el trasplante de órganos o tejido.

Milicia. Si es miembro de las fuerzas armadas, podremos liberar su información de salud protegida como lo requieran las autoridades del comando militar. También podremos liberar información de salud protegida sobre personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera apropiada.

Compensación de Trabajadores. Podremos liberar su información de salud protegida para programas de compensación de trabajadores o programas similares, pero únicamente como lo autoricen las leyes relacionadas con compensación de trabajadores y programas similares que proporcionen beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo y hasta el punto de que sea necesario para cumplir con dichas leyes y programas.

Riesgos de Salud Pública. Podremos divulgar su información de salud protegida para actividades de salud pública. Estas actividades generalmente incluyen lo siguiente:

- para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o incapacidades;
- para informar nacimientos y muertes;
- para informar abuso o descuido infantil;
- para informar reacciones a medicamentos o problemas con productos;
- para informar a personas sobre recordatorios de productos que podrían estar utilizando;
- para informar a una persona que haya podido haber estado expuesta a una enfermedad o pueda estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición;
- para informar a la autoridad gubernamental apropiada si creemos que un paciente fue víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Únicamente haremos esta divulgación si usted lo acepta o cuando lo requiera o autorice la ley.

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

Demandas y Disputas. Si queda involucrado en una demanda o disputa, podremos divulgar su información de salud protegida en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podremos divulgar su información de salud protegida en respuesta a una citación, solicitud de investigación u otro proceso legal de una persona involucrada en una disputa legal, pero únicamente si se ha hecho todo lo posible para informarlo sobre la solicitud o para obtener una orden judicial o administrativa que proteja la información solicitada.

Avisos del Plan de Salud

Fuerzas del Orden. Podremos divulgar su información de salud protegida si lo solicita un funcionario de cumplimiento de la ley:

- en respuesta a una orden judicial, citación, certificado de opción, convocatoria o proceso similar;
- para identificar o encontrar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona perdida;
- sobre la víctima de un delito si, bajo ciertas circunstancias limitadas, no podemos obtener el acuerdo de la víctima;
- sobre una muerte que creamos que puede ser el resultado de una conducta delictiva; y
- sobre una conducta criminal.

Médicos Forenses, Examinadores Médicos y Directores de Funerarias. Podremos liberar información de salud protegida a un médico forense o examinador médico. Esto podrá ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o para determinar la causa de la muerte. También podremos liberar información médica sobre pacientes a directores de funerarias, si es necesario para que pueda realizar sus obligaciones.

Actividades de Seguridad Nacional e Inteligencia. Podremos liberar su información de salud protegida a funcionarios federales autorizados para inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por ley.

Reclusos. Si es un recluso de una institución correccional o si está en custodia de un funcionario de cumplimiento de la ley, podremos divulgar su información de salud protegida a la institución correccional o funcionario de cumplimiento de la ley, si fuera necesario: (1) para que la institución le proporcione atención médica; (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros; o (3) por la seguridad y el resguardo de la institución correccional.

Investigación. Podremos divulgar su información de salud protegida a investigadores cuando:

- se hayan eliminado los identificadores individuales; o
- cuando una junta de revisión institucional o junta sobre la privacidad haya revisado la propuesta de la investigación y haya establecido protocolos para asegurar la privacidad de la información solicitada y apruebe la investigación.

Avisos Obligatorios

La siguiente es una descripción de las divulgaciones de su información de salud protegida que tenemos la obligación de hacer.

Auditorías del Gobierno. Debemos divulgar 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, debemos divulgarle la parte de su información de salud protegida que contenga registros médicos, registros de facturación y cualquier otro registro utilizado para tomar decisiones sobre sus beneficios de salud. También debemos, cuando se solicite, proporcionarle una rendición de cuentas de la mayoría de las divulgaciones sobre su información de salud protegida si el aviso fue por motivos que no sean para el pago, tratamiento u operaciones de atención médica y si la información de salud protegida no se divulgó según su autorización individual.

Avisos del Plan de Salud

Otras Divulgaciones

Representantes Personales. Divulgaremos su información de salud personal a personas autorizadas por usted o a una persona designada como su representante personal, abogado, etc., siempre y cuando nos proporcione un aviso/una autorización escrita y la documentación de respaldo (es decir, un poder de representación). Nota: Según la regla de privacidad de HIPAA, no tenemos la obligación de divulgar información a un representante personal si creemos razonablemente que:

- usted fue o podría estar sujeto a violencia doméstica, abuso o abandono de esta persona; o
- tratar a esta persona como su representante personal podría ponerlo en peligro a usted; y
- en el ejercicio de un criterio profesional, no es para su mejor interés que se trate a esa persona como su representante personal.

Cónyuge y Otros Miembro de la Familia. Solo con excepciones limitadas, enviaremos todos los correos al empleado. Incluye correo relacionado con el cónyuge y otros miembros de la familia del empleado que estén cubiertos por el Plan e incluye correo con información sobre el uso de beneficios del Plan por el cónyuge y otros miembros de la familia del empleado e información sobre el rechazo de cualquier beneficio del Plan al cónyuge del empleado y otros miembros de la familia. Si una persona cubierta por el Plan solicitó Restricciones o Comunicaciones Confidenciales (consulte debajo en "Sus Derechos") y si hemos estado de acuerdo con la solicitud, enviaremos un correo como lo indique la solicitud para las Restricciones y Comunicaciones Confidenciales.

Autorizaciones. Otros usos o divulgaciones de su información de salud protegida no descritos arriba únicamente se realizarán con su autorización escrita. Por ejemplo, en general, y sujeto a condiciones específicas, no utilizaremos ni divulgaremos sus notas psiquiátricas; no utilizaremos ni divulgaremos su información de salud protegida para operaciones de marketing; y no venderemos su información de salud protegida, a menos que nos dé una autorización escrita. Podrá revocar las autorizaciones escritas en cualquier momento, siempre y cuando la revocación se realice por escrito. Una vez que recibamos su revocación escrita, únicamente tendrá validez para futuros usos y divulgaciones. No tendrá vigencia para ninguna información que pueda haber sido utilizada o divulgada contando con la autorización escrita o antes de recibir su revocación escrita.

Sus derechos

Tiene los siguientes derechos con respecto a su información de salud:

Derecho de Inspeccionar y Copiar. Tiene el derecho de inspeccionar y copiar cierta información de salud protegida que puede utilizarse para tomar decisiones sobre los beneficios de su Plan. Si la información que solicita se guarda electrónicamente y solicita una copia electrónica, le proporcionaremos una copia en la forma y formato electrónico que solicite, si la información puede producirse fácilmente en esa forma y formato; si la información no puede producirse fácilmente en esa forma y formato, trabajaremos con usted para llegar a un acuerdo sobre la forma y el formato. Si no podemos estar de acuerdo con una forma y formato electrónicos, le proporcionaremos una copia impresa.

Avisos del Plan de Salud

Para inspeccionar y copiar su información de salud protegida, deberá presentar su solicitud por escrito a la persona indicada al final de este Aviso. Si solicita una copia de la información, podremos cobrar una tarifa razonable por el costo de copiar, enviar por correo u otros suministros asociados a su solicitud. Podremos rechazar su solicitud para inspeccionar y copiar en ciertas circunstancias muy limitadas. Si se le niega el acceso a su información médica, podrá solicitar que el rechazo sea revisado presentando una solicitud escrita a la persona indicada al final de este Aviso.

Derecho de Modificar. Si cree que la información de salud protegida que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitarnos que modifiquemos la información. Tiene el derecho de solicitar una enmienda por todo el tiempo que la información la tenga o sea para el Plan. Para solicitar una modificación, su solicitud debe realizarse por escrito y debe presentarse a la persona indicada al final de este Aviso. Debe proporcionar un motivo que respalde su solicitud.

Podremos rechazar su solicitud de modificación si no se realiza por escrito o si no incluye un motivo que respalde la solicitud. Además, podremos rechazar su solicitud si nos solicita que modifiquemos información que:

- no sea parte de información médica que mantiene o que sea 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 forma parte de la información que tendría permitido inspeccionar y copiar; o
- ya es precisa y está completa.

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

Derecho a una Rendición de Cuentas de Divulgaciones. Tiene el derecho de solicitar una "rendición de cuentas" de ciertas divulgaciones de su información de salud protegida. La rendición de cuentas no incluirá (1) divulgaciones para propósitos de tratamiento, pago u operaciones de salud; (2) divulgaciones realizadas por usted; (3) divulgaciones realizadas conforme a su autorización; (4) divulgaciones realizadas a amigos o familiares ante su presencia o debido a una emergencia; (5) divulgaciones para propósitos de seguridad nacional; y (6) divulgaciones incidentales a divulgaciones que estén permitidas de otra manera.

Para solicitar una lista o rendición de cuentas de divulgaciones, debe presentarlo por escrito a la persona indicada al final de este Aviso. Su solicitud deberá indicar el período de tiempo que desea que cubra la rendición de cuentas, que no podrá ser mayor a seis años antes de la fecha de la solicitud. Su solicitud deberá indicar en qué formato desea la lista (por ejemplo, impreso o electrónico). La primera lista que solicite dentro de un período de 12 meses se proporcionará sin cargo. Para obtener listas adicionales, podremos cobrarle los costos de proporcionar la lista. Le informaremos sobre el costo involucrado y podrá elegir retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de incurrir en cualquier costo.

Avisos del Plan de Salud

Derecho de Solicitar Restricciones. Tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación en su información de salud protegida que utilizamos o divulgamos para tratamiento, pago u otras operaciones de salud. También tiene el derecho de solicitar un límite en su información de salud protegida que divulguemos a alguna persona que esté involucrada en la atención médica o en el pago de su atención médica, por ejemplo un miembro de la familia o amigo. Por ejemplo, podría solicitar que no utilicemos o divulguemos información sobre una cirugía que haya tenido. Excepto como se indica en el siguiente párrafo, no tenemos la obligación de aceptar su solicitud. No obstante, si no estamos de acuerdo con la solicitud, cumpliremos con la restricción hasta que la revoque o nos lo informe.

Cumpliremos con todas las solicitudes de restricción (1) excepto que la ley indique otra cosa, la divulgación sea a un plan de salud para propósitos de realizar el pago u operaciones de salud (y no sea para propósitos de realizar un tratamiento); y (2) la información de salud protegida le pertenece únicamente al ítem o servicio de atención médica para el que el proveedor de salud involucrado haya sido pagado en su totalidad por usted o por otra persona.

Para solicitar restricciones, debe enviar su solicitud por escrito a la persona indicada al final de este aviso. En su solicitud, deberá decirnos (1) qué información desea limitar; (2) si desea limitar nuestro uso, divulgación o ambos; y (3) a quién desea que apliquen los límites, por ejemplo, divulgaciones a su cónyuge.

Derecho de Solicitar Comunicaciones Confidenciales. Tiene el derecho de solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de cierta forma o en un cierto lugar. Por ejemplo, puede solicitar que únicamente nos comuniquemos con usted en su trabajo o por correo. Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe realizar su solicitud por escrito a la persona indicada al final de este aviso. No le preguntaremos cuál es el motivo de su solicitud. Su solicitud deberá especificar cómo y dónde desea que nos contactemos con usted. Acomodaremos todas las solicitudes razonables.

Derecho a Ser Informado sobre cualquier Violación Tiene el derecho de ser informado en el caso de que nosotros (o un Asociado de Negocios) descubramos una violación relacionada con información de salud protegida que no fue resguardada.

Derecho a Recibir una Copia Impresa de este Aviso. Tiene el derecho de recibir una copia impresa de este aviso. Podrá solicitarnos que le entreguemos una copia de este aviso en cualquier momento. Incluso si aceptó recibir este aviso electrónicamente, todavía tendrá el derecho de 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 indicada al final de este aviso.

Reclamos

Avisos del Plan de Salud

Si cree que sus derechos a la privacidad fueron violados, podrá presentar un reclamo ante el Plan o ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. Para presentar un reclamo ante el Plan, comuníquese con la persona indicada a continuación. Todos los reclamos deben presentarse por escrito.

No será penalizado ni se tomarán represalias de ninguna manera contra usted por presentar un reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles o ante nosotros.

Contacto de HIPAA

Toyoda Gosei North America Corporation
1400 Stephenson Highway
Troy, MI 48083
248-280-2100
www.tggrouppenefits.com

Aviso del Programa de Bienestar Condicionado a la Salud

El **Plan de Toyoda Gosei North America Corporation** se compromete a ayudarlo a alcanzar su mejor salud. Las recompensas por participar en un programa de bienestar están disponibles para todos los empleados elegibles inscritos en el plan médico. Si cree que tal vez no pueda participar en este programa de bienestar, tal vez pueda calificar para tener la oportunidad de ganar la misma recompensa a través de otros medios. Póngase en contacto con el plan llamando al 248-280-2100 y trabajaremos con usted (y si lo desea, con su médico) para encontrar un programa de bienestar que ofrezca la misma recompensa, que sea adecuado para usted en virtud de su estado de salud.

Aviso sobre las Protecciones del Programa de Bienestar

Toyoda Gosei North America Corporation patrocina un programa de bienestar voluntario que está disponible para todos los empleados. El programa se administra según las reglas federales que permiten que haya programas de bienestar administrados por el empleador que busquen mejorar la salud del empleado o prevenir una enfermedad, que incluyen la Ley de Americanos con Discapacidades de 1990, la Ley de No Discriminación por Información Genética de 2008 y la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud, según corresponda, entre otros. Si elige participar en el programa de bienestar, se le podrá solicitar que complete una evaluación de riesgos de salud voluntaria o "HRA" que realiza una serie de preguntas sobre sus actividades y comportamientos relacionados con la salud y si tiene o tuvo alguna condición médica (ej. cáncer, diabetes o enfermedad cardíaca). También se le solicitará que complete un estudio biométrico, que incluirá análisis de sangre para observar los **niveles de glucosa y de colesterol**. No es obligatorio que complete la HRA ni participar en el análisis de sangre u otros exámenes médicos.

Sin embargo, los empleados que elijan participar en el programa de bienestar recibirán un incentivo que involucre **menos deducciones de su recibo de sueldo o si eligen realizarse una evaluación de salud voluntaria, pueden mantener sus deducciones del recibo de sueldo en montos más bajos; pero si no lo hacen, podrán 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.** Aunque no tiene la obligación de completar la HRA o de participar en el estudio biométrico, solo los empleados que lo hagan

Avisos del Plan de Salud

recibirán **el incentivo**.

La información de su HRA y los resultados de su estudio biométrico se utilizarán para proporcionarle información que lo ayude a comprender sus riesgos de salud actuales y sus potenciales riesgos y también podrán ser utilizados para ofrecerle servicios a través del programa de bienestar. También se le sugiere que comparta sus resultados o inquietudes con su propio médico.

Protecciones de Divulgación de Información Médica

La ley nos obliga a mantener la privacidad y seguridad de la información protegida de su salud. Aunque el programa de bienestar y Toyoda Gosei North America Corporation pueden utilizar la información global que toma para diseñar un programa en base a riesgos de salud identificados en el trabajo, el programa de bienestar nunca divulgará ninguna de su información personal ni públicamente ni al empleador, a menos que sea necesario para responder una solicitud suya de una acomodación razonable necesaria para participar en el programa de bienestar o como lo permita expresamente la ley. La información médica que lo identifique personalmente proporcionada en conexión al programa de bienestar no será proporcionada a sus supervisores o gerentes y nunca podrá ser utilizada para tomar decisiones sobre su empleo.

La información de su salud no será vendida, intercambiada, transferida ni divulgada de ninguna manera, excepto hasta donde lo permita la ley para realizar actividades específicas relacionadas con el programa de bienestar y no se le solicitará ni se le requerirá que renuncie a la confidencialidad de la información de su salud como condición para participar en el programa de bienestar o para recibir un incentivo. Cualquier persona que reciba su información para propósitos de proporcionarle servicios como parte del programa de bienestar se atenderá a los mismos requerimientos de confidencialidad. Las únicas personas que recibirán su información de salud personalmente identificable son **personas contratadas por Toyoda Gosei North America Corporation, por ejemplo entrenadores de salud, para proporcionarle los servicios del programa de bienestar.**

Además, toda la información médica obtenida a través del programa de bienestar se mantendrá separada de sus registros de personal, la información guardada electrónicamente será encriptada y ninguna información que proporcione como parte del programa de bienestar será utilizada para tomar ninguna decisión de empleo. **Los resultados de las personas son absolutamente confidenciales.** Se tomarán precauciones apropiadas para evitar violaciones de datos y en el caso de que ocurra una violación de datos que involucre información que proporciona en relación al programa de bienestar, se lo informaremos inmediatamente.

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 le 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

Avisos del Plan de Salud

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>

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.**

Avisos del Plan de Salud

Aviso de Facturación Sorpresa

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 un 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 procedimiento 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.

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

Avisos del Plan de Salud

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 atención médica fuera de la red. Puede elegir un proveedor o centro de la red de su plan.

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.