

必要通知

医疗保险市场承保选项和您的健康保险

A 部分：基本信息

即使您通过雇主获得了健康保险，您仍可能通过“医疗保险市场”（“市场”）获得其他承保选项。为帮助您评估适合您及家人的保险选项，本通知提供了有关医疗保险市场及雇主提供的健康保险的基本信息。

什么是医疗保险市场？

医疗保险市场旨在帮助您找到符合需求且预算范围内的健康保险。该市场提供“一站式购买”服务，方便您查找并对比所在地区的私人健康保险选项。

我能否在市场节省健康保险保费？

您可能有资格节省费用，降低每月保费及其他自付费用，但前提是您的雇主未提供保险，或雇主提供的保险被认定为对您而言不可负担，且未达到特定最低价值标准（下文将详细说明）。您有资格获得的节省取决于您的家庭收入。您也可能有资格获得税收抵免，以降低保险费用。

雇主提供的健康保险是否会影响通过市场获得保费优惠的资格？

是的。如果您的雇主为您提供健康保险被认定为可负担，且达到特定最低价值标准，那么您将没有资格获得市场保险的税收抵免或税收抵免的预支款项，此时您或许会希望加入雇主提供的健康保险计划。然而，若您的雇主未为您提供任何保险，或提供的保险被认定为对您而言不可负担、未达到最低价值标准，那么您可能有资格获得税收抵免、降低月保费的税收抵免预支款项，或特定费用分摊减免。如果通过雇主提供的所有保险计划中，您需承担的保费份额超过家庭年收入的 9.12%¹，或者雇主提供的保险未达到《平价医疗法案》规定的“最低价值”标准，那么在您未加入雇主提供的健康保险的情况下，可能有资格获得税收抵免和税收抵免的预支款项。对于雇员的家庭成员而言，若雇员为覆盖所有家庭成员的最低成本保险计划所支付的保费不超过雇员家庭收入的 9.12%，则认定该保险对家庭成员而言可负担。^{1,2}

注：如果您选择通过市场购买保险，而非接受雇主提供的健康保险，那么您可能会失去雇主为其提供的健康保险所缴纳的部分费用。此外，雇主缴纳的这部分费用以及您作为雇员为雇主提供的保险所缴纳的费用在联邦和州所得税层面通常不计入应税收入。您通过市场购买保险的费用则需在税后支付。另外需要注意的是，若雇主提供的健康保险未达到经济性或最低价值标准，但您仍选择接受该保险，那么您将没有资格获得税收抵免。在决定是否通过市场购买保险时，您应综合考虑所有这些因素。

何时可以通过市场参保健康保险？

您可在每年的市场开放参保期内参保市场健康保险计划。开放参保期因州而异，但通常始于 11 月 1 日，且至少持续至 12 月 15 日。

在年度开放参保期之外，如果您符合特殊参保期的条件，也可注册健康保险。一般而言，当您经历特定的“符合条件的生活事件”时，即有资格进入特殊参保期，例如结婚、生育、收养子女或失去其他健康保险资格等。根据特殊参保期的类型，您可在符合条件的生活事件发生前 60 天内或发生后 60 天内参保市场保险计划。

对于在 2023 年 3 月 31 日及之后至 2024 年 7 月 31 日期间失去 Medicaid 或儿童健康保险计划 (CHIP) 资格的个人及其家庭，市场也没有特殊参保期。自全国范围内新冠疫情公共卫生紧急状态开始以来，各州 Medicaid 和 CHIP 机构通常未终止任何在 2020 年 3 月 18 日及之后至 2023 年 3 月 31 日期间参保的医疗补助或 CHIP 受益人的参保资格。随着各州 Medicaid 和 CHIP 机构恢复常规的资格审核和参保管理流程，许多人可能最早从 2023 年 3 月 31 日起不再符合 Medicaid 或 CHIP 的参保资格。美国卫生与公众服务部正提供一个临时的医保市场特殊参保期，允许这些人参保市场保险计划。此外，如果您或您的家庭成员正在参加 Medicaid 或 CHIP 保险，务必确保您的联系信息是最新的，以确保能收到关于资格变更的任何通知。

如需了解更多信息，请访问 [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov)，或拨打市场呼叫中心电话 1-800-318-2596。TTY 用户可拨打 1-855-889-4325。

市场健康保险的替代选择有哪些？

如果您或您的家庭有资格参加雇主提供的健康保险计划（如雇主赞助的健康保险），在某些情况下，您或您的家庭可能也有资格进入特殊参保期以加入该健康保险计划，包括当您或您的受抚养人曾参加 Medicaid 或 CHIP 保险但已失去该保险的情况。通常，在失去 Medicaid 或 CHIP 保险后的 60 天内，您可以加入雇主提供的健康保险计划。但如果您和您的家庭在 2023 年 3 月 31 日至 2023 年 7 月 10 日期间失去了 Medicaid 或 CHIP 的参保资格，您可以在 2023 年 9 月 8 日前申请加入雇主提供的健康保险计划的这一特殊参保期。具体截止日期请与您的雇主或雇主提供的健康保险计划确认。

另外，您可以随时通过市场填写申请，或直接向您所在州的 Medicaid 机构申请，以加入 Medicaid 或 CHIP 保险。有关更多详细信息，请访问 healthcare.gov/medicaid-chip/getting-medicaid-chip。

如何获取更多信息？

如需了解有关雇主提供的保险计划的更多信息，请查阅您的健康保险计划说明书摘要，或联系福利团队 benefits@sagehospitalitygroup.com。市场可帮助您评估承保选项，包括您通过市场参保的资格及其费用。请访问 HealthCare.gov 获取更多信息，包括健康保险在线申请表以及您所在地区医疗保险市场的联系方式。

1. 每年更新；2023 年相关信息请参见 irs.gov/pub/irs-drop/rp-22-34.pdf。
2. 如果雇主赞助的健康保险或其他雇主提供的健康保险计划承担的总允许福利费用占比不低于 60%，则该计划符合“最低价值”标准。就保费税收减免的资格而言，要达到“最低价值”标准，健康保险计划还必须提供住院服务和医生服务的实质性保障。

特殊参保通知

提供本通知是为了确保您了解自己申请团体健康保险的权利。即使您目前计划放弃健康保险，也应阅读本通知。

其他保险丧失

如果您因已享有其他健康保险或团体健康保险计划，而选择放弃为自己或您的受抚养人（包括配偶）参保本计划，那么当您或您的受抚养人失去了其他保险的资格（或雇主停止为您或您的受抚养人的其他保险缴费）时，您仍可让自己和受抚养人参保本计划。但您必须在您或您的受抚养人的其他保险终止后（或雇主停止为其他保险缴费后）的 30 天内申请参保。

示例：您因已参加配偶雇主提供的保险计划，而放弃了本计划的参保。如果您的配偶离职，只要您在保险终止之日起 30 天内通知雇主，您和符合条件的受抚养人即可申请参保本计划。

结婚、生育或收养

如果因结婚、生育、收养子女或收养安置而新增受抚养人，您可为自己和受抚养人办理参保。但您必须在结婚、生育或收养安置后的 30 天内申请参保。

示例：您入职时单身，选择不享受健康保险福利。一年后，您结婚了。您和符合条件的受抚养人有权加入本计划。但您必须在结婚之日起 30 天内提出申请。

MEDICAID 或 CHIP

如果您或您的受抚养人失去 Medicaid 或儿童健康保险计划 (CHIP) 的参保资格，或获得 Medicaid 或 CHIP 的保费援助补贴资格，您可为自己及受抚养人办理参保。您必须在失去 Medicaid 或 CHIP 资格，或被认定具备保费援助补贴资格后的 60 天内提出参保申请。

示例：您入职时，您的子女已通过 CHIP 获得健康保险，因此您未让他们参保本计划。由于您的收入发生变化，您的子女不再符合 CHIP 参保资格。只要您在子女失去 CHIP 资格之日起 60 天内提出申请，即可让他们参保。

有关更多信息或帮助

如需申请特殊参保或获取更多信息，请联系：福利团队 benefits@sagehospitalitygroup.com

您的信息·您的权利我们的责任

本通知描述了您的医疗信息的使用和披露方式，以及您如何获取这些信息。请仔细阅读。

您的权利

您有权：

- 获取您的健康和 *理赔记录副本*
- *更正*您的健康和 *理赔记录*
- 要求 *保密沟通*
- 要求 *我们限制信息共享范围*
- 获取 *我们向其披露过您信息的人员/机构清单*
- 获取本 *隐私通知的副本*
- *指定他人代表您行事*
- 如果认为您的 *隐私权受到侵犯*，可提出 *投诉*

您的选择

在以下情形中，对于 *我们使用 and 共享信息的方式*，您 *拥有一定选择权*：

- *答复您的家人和朋友关于保险范围的问题*
- *提供救灾援助*
- *推广我们的服务和出售您的信息*

我们的使用和披露

我们可能会在以下情况下使用和共享您的信息：

- *协助管理您接受的医疗服务*
- *运营我们的机构*
- *支付您的医疗服务费用*
- *管理您的健康保险计划*
- *为公共卫生与安全事务提供支持*
- *开展研究*
- *遵守法律法规*
- *响应器官和组织捐献请求，并与法医或殡仪馆负责人合作*
- *处理工伤赔偿、执法及其他政府部门的请求*
- *应对诉讼及法律行动*

在我们掌握您的物质使用障碍患者记录的情况下，根据 42 CFR 第 2 部分的规定，未经 (1) 您的书面同意或 (2) 法院命令和传票，我们不会将该信息用于针对您的调查或法律诉讼。

您的权利

在您的健康信息方面，您享有特定权利。本节说明了您的权利以及 *我们为帮助您而承担的部分责任*。

获取健康和理赔记录副本

- 您可以 *申请查阅*或获取 *我们特有的您的健康和理赔记录副本*，以及其他 *相关健康信息*。请向 *我们咨询具体办理方式*。
- *我们通常会在收到您的请求后 30 天内*，提供您的健康和 *理赔记录副本或摘要*。我们可能会 *根据成本收取合理的费用*。

要求更正健康和理赔记录

- 如果您认为自己的健康和 *理赔记录存在错误或不完整*，可要求 *我们进行更正*。请向 *我们咨询具体办理方式*。
- *我们可能会拒绝您的请求*，但会在 *60 天内以书面形式告知您拒绝的原因*。

要求保密沟通

- 您可以要求 *我们通过特定方式与您联系*（例如，*家庭电话或办公电话*），或要求将 *邮件发送至其他地址*。
- *我们会考虑所有合理的请求*；如果您告知 *我们*，*不按此方式沟通可能会使您面临危险*，我们则 *必须同意您的请求*。

要求限制我们的使用或共享范围

- 您可以要求我们不要将特定健康信息用于治疗、支付或我们的运营活动。
- 我们没有义务必须同意您的请求，且如果您的请求可能影响您的治疗，我们可能会拒绝。

获取信息共享对象清单

- 您可以申请获取一份清单（记录），其中包含我们在您提出请求之日前六年内共享您健康信息的时间、共享对象以及共享原因。
- 我们将涵盖所有信息披露情况，但不包括与治疗、支付、医疗保健运营相关的披露，以及某些其他特定披露（例如您要求我们进行的披露）。我们每年会免费提供一次此类记录，但如果您在 12 个月内再次申请，我们可能会收取合理的、基于成本的费用。

获取本隐私通知的副本

即使您已同意通过电子方式接收本通知，仍可随时申请获取纸质副本。我们会立即为您提供纸质版本。

指定他人代表您行事

- 如果您已授予某人医疗委托权，或某人是您的法定监护人，该人可代为行使您的权利，并就您的健康信息做出选择。
- 在采取任何行动之前，我们会确认该人具备相应权限并能够代表您行事。

若认为权利受侵犯可提出投诉

- 如果您认为我们侵犯了您的权利，可通过第 1 页所列的联系方式与我们联系以提出投诉。
- 您可以通过以下方式向美国卫生与公众服务部民权办公室投诉：致函 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201，拨打 1-877-696-6775，或访问 www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/。
- 我们不会因您提出投诉而对您进行报复。

您的选择

对于特定健康信息，您可以告知我们您对信息共享的选择。如果对于以下情形中我们如何共享您的信息有明确偏好，请告知我们。告知我们您的需求，我们将遵照您的指示执行。

在这些情况下，您有权且可以选择告知我们：

- 是否与您的家人、密友或其他参与您医疗费用支付的人员共享信息
- 是否在救灾情况下共享信息

如果您无法表达偏好（例如处于昏迷状态），若我们认为符合您的最佳利益，可能会先行共享您的信息。在为减轻对健康或安全的严重且紧迫威胁所必需时，我们也可能共享您的信息。

在以下情形中，除非您书面允许，我们绝不会共享您的信息：

- 营销目的
- 出售您的信息

我们的使用和披露

我们通常如何使用或共享您的健康信息？

我们通常会通过以下方式使用或披露您的健康信息：

协助管理您接受的医疗服务

我们可以使用您的健康信息，并将其共享给为您提供治疗的专业人员。

示例：医生向我们发送有关您的诊断和治疗计划的信息，以便我们安排额外的医疗服务。

运营我们的机构

- 我们可以使用和披露您的信息来运营机构，并在必要时与您联系。
- 我们不得利用基因信息来决定是否为您提供保险以及保险价格，但长期护理计划除外。

示例：我们利用您的健康信息为您开发更优质的服务。

支付您的医疗服务费用

我们可以在支付您的医疗服务费用时使用和披露您的健康信息。

示例：我们与您的牙科保险计划共享您的信息，以协调您牙科治疗的费用支付。

管理您的保险计划

我们可能会向您的健康保险计划赞助商披露您的健康信息，以管理计划。

示例：贵公司与我们签订合同，由我们提供健康保险计划，我们会向您的公司提供特定统计数据，以解释我们收取的保费金额。

我们还通过其他哪些方式使用或共享您的健康信息？

我们被允许或要求通过其他方式共享您的信息——通常是为了促进公共利益，例如公共卫生和研究等领域。在为此类目的共享您的信息之前，我们必须满足法律规定的多项条件。有关更多信息，请参阅：<https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/guidance-materials-for-consumers/index.html>

为公共卫生与安全事务提供支持

我们可以在以下特定情况下共享您的健康信息：

- 预防疾病
- 协助产品召回
- 报告药物不良反应
- 报告疑似虐待、忽视或家庭暴力情况
- 预防或减轻对任何人健康或安全的严重威胁

开展研究

我们可以为健康研究目的使用或共享您的信息。

遵守法律法规

如果州或联邦法律要求，我们将共享您的相关信息，包括当卫生与公众服务部需要核查我们是否遵守联邦隐私法时，向其提供信息。

响应器官和组织捐献请求，并与法医或殡仪馆负责人合作

- 我们可以与器官获取组织共享您的健康信息。
- 当个人离世时，我们可以与验尸官、法医或殡仪馆负责人共享健康信息。

处理工伤赔偿、执法及其他政府部门的请求

我们可以在以下情况下使用或共享您的健康信息：

- 用于工伤赔偿索赔
- 用于执法目的或向执法人员提供
- 向卫生监督机构提供法律授权范围内的活动相关信息
- 用于特殊政府职能，如军事、国家安全和总统保护服务等

应对诉讼及法律行动

我们可以根据法院或行政命令，或传票要求，共享您的健康信息。

我们的责任

- 法律要求我们对您的受保护健康信息的隐私和安全进行维护。
- 如果发生可能危及您信息隐私或安全的泄露事件，我们将立即通知您。
- 我们必须遵守本通知中所述的义务和隐私惯例，并向您提供通知副本。
- 除非您书面许可，否则我们不会以本通知未提及的方式使用或共享您的信息。如果您已书面许可我们使用或共享信息，您可随时更改决定。若需更改，请书面通知我们。

有关更多信息，请参阅：www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html。

本通知条款的变更

我们可以修改本通知的条款，修改后的条款将适用于我们持有的关于您的所有信息。新通知将按需提供，在我们的网站上发布，我们也会向您邮寄一份副本。

- 2026 年 1 月 1 日
- Benefits Team, Sage Hospitality Group
1809 Blake Street, Suite 200
Denver, CO 80202
(303) 595-7216 & benefits@sagehospitalitygroup.com

Sage Hospitality Group 关于您的处方药承保和 Medicare 的重要通知

请仔细阅读本通知并妥善保管，以备查阅。本通知包含您当前在 Sage Hospitality Group 享有的处方药承保信息，以及 Medicare 处方药承保范围内的可选方案说明。这些信息将帮助您决定是否加入 Medicare 处方药计划。如果您正在考虑加入，请将您当前的承保方案（包括承保药品种类及对应费用）与您所在地区提供 Medicare 处方药承保的计划在承保范围和费用方面进行对比。关于如何获取处方药承保决策帮助的信息，请参见本通知末尾。

关于您当前的承保方案与 Medicare 处方药承保，有两点重要信息需要了解：

1. 自 2006 年起，所有 Medicare 参保人均可享受 Medicare 处方药承保。您可通过加入“Medicare 处方药计划”，或加入提供处方药承保的“Medicare Advantage 计划”（如 HMO 或 PPO）获得此项承保。所有 Medicare 处方药计划均提供至少达到 Medicare 规定的标准水平的承保范围。部分计划可能会以更高的月保费为您提供更全面的承保。
2. Sage Hospitality Group 已认定，就所有计划参与者的平均水平而言，Sage Hospitality Group 提供的处方药承保预期赔付金额已达到标准 Medicare 处方药承保的赔付水平，因此该承保被认定为“合格承保”。由于您现有的承保属于合格承保，您可以继续保留该承保；若您日后决定加入 Medicare 处方药计划，也无需支付更高的保费（罚金）。

何时可以加入 Medicare 处方药计划？

您可以在首次获得 Medicare 参保资格时加入 Medicare 处方药计划，也可以在每年的 10 月 15 日至 12 月 7 日期间加入。

然而，若您非因自身过错而失去当前的合格处方药承保，您也将有资格获得为期 2 个月的特殊参保期 (SEP) 以加入 Medicare 处方药计划。

如果您决定加入 Medicare 处方药计划，当前的承保会如何处理？

如果您决定加入 Medicare 处方药计划，您当前的承保不受影响。如果您确实决定加入 Medicare 处方药计划并放弃当前的承保，请注意，您和您的受抚养人将能够重新获得此承保。

何时加入 Medicare 处方药计划需要支付更高保费（罚金）？

您还应当了解，如果您放弃或失去当前在 Sage Hospitality Group 的承保，且在当前承保终止后的 63 个连续日内未加入 Medicare 处方药计划，日后加入 Medicare 处方药计划时可能需要支付更高的保费（罚金）。

如果您连续 63 天或更长时间内未享有合格处方药承保，您的月保费可能会上涨，涨幅为每个月至少相当于 Medicare 基准受益人保费的 1%（按未享有合格承保的月数计算）。例如，若您有 19 个月未享有合格承保，您的保费可能会持续比 Medicare 基准受益人保费高出至少 19%。只要您参加 Medicare 处方药承保，就可能需要一直支付这笔更高的保费（罚金）。此外，您可能还需要等到下一年的 10 月才能加入计划。

关于本通知或您当前处方药承保的更多信息...

如需更多信息，请联系以下人员。注：您每年都会收到本通知。在下一个 Medicare 处方药计划参保期开始前，以及当 Sage Hospitality Group 提供的本项承保发生变更时，您也会收到通知。您也可随时要求获取本通知的副本。

关于 Medicare 处方药承保范围内可选方案的更多信息...

关于提供处方药承保的 Medicare 计划的详细信息，可参见《Medicare & You》手册。Medicare 每年都会通过邮寄方式向您寄送该手册。您也可能会直接收到 Medicare 处方药计划的联系。

有关 Medicare 处方药承保的更多信息：

- 访问 www.medicare.gov
- 拨打您所在州的健康保险协助计划电话（具体号码请参见《Medicare & You》手册的封底内侧）获取个性化帮助。
- 拨打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 用户请拨打 1-877-486-2048。

如果您的收入和资源有限，可获得支付 Medicare 处方药承保费用的额外帮助。有关此项额外帮助的详细信息，请访问社会保障局网站 www.socialsecurity.gov，或致电 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778)。

请谨记：妥善保管本“合格承保”通知。如果您决定加入某一 Medicare 处方药计划，可能需要在加入时提供本通知的副本，以证明您是否持续享有合格承保，进而确定您是否需要支付更高的保费（罚金）。

日期：2026 年 1 月 1 日

机构/发送方名称：Sage Hospitality Group

联系人/办公室：Benefits Team

地址：1809 Blake Street, Suite 200, Denver, CO 80202

电话号码：(303) 497-6658

COBRA 下的延续承保权利

引言

您收到本通知是因为您最近获得了团体健康保险计划（“计划”）的承保。本通知包含关于您享有的 COBRA 延续承保权利的重要信息，该项权利是本计划承保的临时延长。本通知将解释 COBRA 延续承保的具体内容、您及家人何时有可能获得该承保，以及为维护获得该承保的权利您需要采取的措施。当您符合 COBRA 的参保资格时，您可能同时有可能获得其他保险选择，其费用可能低于 COBRA 延续承保。

COBRA 延续承保权利由联邦法律 1985 年《综合综合预算协调法》(COBRA) 确立。当团体健康保险即将终止时，您及家人中的其他成员可能有资格获得 COBRA 延续承保。有关您在本计划及联邦法律项下的权利与义务的更多信息，请查阅本计划的《摘要计划说明书》或联系计划管理人。

当您失去团体健康保险时，可能还有其他可选方案。例如，您可能有可能通过医疗保险市场购买个人保险计划。通过市场参保，您可能有可能享受每月保费降低和自付费用减少的优惠。此外，您可能还有资格获得为期 30 天的特殊参保期，以加入您符合资格的其他团体健康保险计划（如配偶的保险计划），即便该计划通常不接受逾期参保者。

什么是 COBRA 延续承保？

COBRA 延续承保是指当本计划承保因生活事件而即将终止时，对本计划承保的延续。该事件也称为“合格事件”。本通知后文将列出具体的合格事件。在发生合格事件后，必须向每一位“合格受益人”提供 COBRA 延续承保的选择。如果因合格事件导致计划承保终止，您本人、您的配偶以及您的受抚养子女都可能成为合格受益人。根据本计划，选择 COBRA 延续承保的合格受益人必须付费才能获得 COBRA 延续承保。

如果您是雇员，在因以下合格事件导致本计划承保终止时，您将可能成为合格受益人：

- 您的雇佣时长减少；或
- 您的雇佣关系终止（因严重不当行为以外的任何原因）。

如果您是雇员的配偶，在因以下合格事件导致本计划承保终止时，您将可能成为合格受益人：

- 您的配偶去世；
- 您的配偶的雇佣时长减少；
- 您的配偶的雇佣关系终止（因其严重不当行为以外的任何原因）；
- 您的配偶获得 Medicare 福利资格（涵盖 A 部分、B 部分或两者）；或
- 您与配偶离婚或合法分居。

如果受抚养子女因以下合格事件失去本计划承保，他们将可能成为合格受益人：

- 身为雇员的父母去世；
- 身为雇员的父母的雇佣时长减少；
- 身为雇员的父母的雇佣关系终止（因其严重不当行为以外的任何原因）；
- 身为雇员的父母获得 Medicare 福利资格（涵盖 A 部分、B 部分或两者）；
- 父母双方离婚或合法分居；或
- 子女不再符合本计划中“受抚养子女”的承保资格。

何时可获得 COBRA 延续承保？

本计划仅在计划管理人接到合格事件已发生的通知后，才会向合格受益人提供 COBRA 延续承保。雇主必须就以下合格事件通知计划管理人：

- 雇佣关系终止或雇佣时长减少；
- 雇员死亡；
- 雇员获得 Medicare 福利资格（涵盖 A 部分、B 部分或两者）。

对于所有其他合格事件（雇员与配偶离婚或合法分居、受抚养子女不再符合作为受抚养子女的承保资格），您必须在合格事件发生后 60 天内通知计划管理人。您必须将此通知提交至：benefits@sagehospitalitygroup.com

如何获得 COBRA 延续承保？

一旦计划管理人收到合格事件已发生的通知，将向每位合格受益人提供 COBRA 延续承保的选择。每位合格受益人都有独立选择 COBRA 延续承保的权利。参保雇员可代表其配偶选择 COBRA 延续承保，父母可代表其子女选择该项承保。

COBRA 延续承保是因雇佣关系终止或工作时间减少而临时延续的保险，通常持续 18 个月。某些合格事件，或在初始承保期间发生的第二次合格事件，可能允许受益人获得最长 36 个月的承保。

18 个月的 COBRA 延续承保期限也可通过以下方式延长：

基于残疾延长 18 个月 COBRA 延续承保期限

如果您或本计划承保的家庭成员经社会保障部认定为残疾，且您及时通知了计划管理人，那么您和您的整个家庭可能有资格额外获得最长 11 个月的 COBRA 延续承保，总期限最长可达 29 个月。残疾必须始于 COBRA 延续承保第 60 天之前，且必须至少持续到 18 个月 COBRA 延续承保期限结束。

基于第二次合格事件延长 18 个月延续承保期限

如果您的家庭在 18 个月 COBRA 延续承保期间遭遇第二次合格事件，且已就该事件向计划作出适当通知，那么家庭中的配偶和受抚养子女可额外获得最长 18 个月的 COBRA 延续承保，总期限最长可达 36 个月。如果雇员或前雇员死亡、获得 Medicare 福利资格（涵盖 A 部分、B 部分或两者）、离婚或合法分居，或受抚养子女不再符合本计划中的受抚养子女资格，那么正在享受 COBRA 延续承保的配偶和任何受抚养子女可能有资格获得此项延长。此项延长仅在以下情况下适用：若第一次合格事件未发生，第二次合格事件本会导致配偶或受抚养子女失去计划承保。

除 COBRA 延续承保外，还有其他承保选项吗？

是的。除加入 COBRA 延续承保外，您和您的家庭可能还有其他保险选择，例如通过医疗保险市场、Medicare、Medicaid、[儿童健康保险计划 \(CHIP\)](#) 获得承保，或通过所谓“特殊参保期”加入其他团体健康保险计划（如配偶的保险计划）。其中部分选项的费用可能低于 COBRA 延续承保。您可访问 www.healthcare.gov，了解关于这些选项的更多信息。

在团体健康保险计划结束后，是否可以参保 MEDICARE 而非 COBRA 延续承保？

一般来说，如果您因仍在就业而未在首次符合资格时参保 Medicare A 部分或 B 部分，那么在 Medicare 初始参保期结束后，您将有 8 个月的特殊参保期注册 Medicare A 部分或 B 部分，该特殊参保期从以下两个时间中较早的一个开始：

- 您就业结束后的当月；或
- 基于当前就业的团体健康保险计划结束后的当月。

如果您未参保 Medicare，而是选择了 COBRA 延续承保，日后若决定承保 B 部分，您可能需要支付 B 部分的逾期参保罚金，且期间可能会出现保险缺口。如果您选择了 COBRA 延续承保，随后在 COBRA 延续承保到期前参保 Medicare

A 部分或 B 部分，则该计划可能会终止您的延续承保。但是，如果 Medicare A 部分或 B 部分在选择 COBRA 保险的当日或之前已生效，即便您在选择 COBRA 保险后参保了 Medicare 的其他部分，COBRA 保险也不得因享受 Medicare 保险待遇而被中断。

如果您同时参保了 COBRA 延续承保和 Medicare，通常 Medicare 会先赔付（作为主要赔付方），COBRA 延续承保随后赔付。某些计划可能会视自身为 Medicare 的次级赔付方，即便您并未参保 Medicare。

有关更多信息，请访问 <https://www.medicare.gov/medicare-and-you>。

如有疑问

有关您的保险计划或 COBRA 延续承保权利的问题，请联系下面指定联系人。有关《雇员退休收入保障法》(ERISA) 赋予您的权利，包括关于 COBRA、《患者保护与平价医疗法案》以及其他影响团体健康保险计划的法律内容，请联系您所在地区的美国劳工部员工福利保障局 (EBSA) 区域办公室或地区办公室，或访问 www.dol.gov/ebsa。（EBSA 各区域及地区办公室的地址和电话号码可通过 EBSA 官网查询。）有关市场的更多信息，请访问 www.HealthCare.gov。

及时告知计划地址变更情况

为维护您家人的权利，请将家庭成员的地址变更情况通知计划管理人。您还应留存一份发送给计划管理人的所有通知副本，以备记录。

计划联系信息

日期：2026 年 1 月 1 日

机构/发送方名称：Sage Hospitality Group

联系人/办公室：Benefits Team

地址：1809 Blake Street, Suite 200, Denver, CO 80202

电话号码：(303) 497-6658

1. <https://www.medicare.gov/basics/get-started-with-medicare/sign-up/when-does-medicare-coverage-start>

女性健康与癌症权利法案

参保通知

如果您曾接受过乳房切除术，或即将接受乳房切除术，根据 1998 年《女性健康与癌症权利法案》(WHCRA)，您可能有权享受特定福利。对于接受乳房切除术相关福利的个人，保险计划将在主治医师与患者协商后，按以下方式提供保障：

- 接受乳房切除术的乳房在所有阶段的重建手术；
- 另一侧乳房的手术与重建，以达到外观对称；
- 假肢；
- 乳房切除术引发的身体并发症治疗，包括淋巴水肿。

这些福利的提供需遵循本计划中适用于其他内外科福利的免赔额和共同保险规定。因此，以下免赔额和共同保险适用：请查阅您参保的医疗计划，以获取此项福利的具体信息。有关 WHCRA 福利的信息，请致电计划管理人：(303) 595-7216。

年度通知

您是否知道，根据 1998 年《女性健康与癌症权利法案》的要求，您的计划提供与乳房切除术相关的福利，包括所有阶段的重建手术、实现乳房对称的手术、假肢以及乳房切除术引发的并发症（包括淋巴水肿）治疗？有关更多信息，请致电计划管理人：(303) 595-7216。

新生儿与母亲健康保护法

《新生儿与母亲健康保护法》（《新生儿法案》）为母亲及其新生儿在分娩后的住院时长提供保护。

根据《新生儿法案》，团体健康保险计划不得将与分娩相关的母亲或新生儿住院福利限制为：阴道分娩后不足 48 小时，或剖宫产分娩后不足 96 小时。48 小时（或 96 小时）的计算从分娩时间开始，除非产妇在医院外分娩。在此情况下，该时段从住院时间开始计算。

主治医师可在与母亲协商后，决定提前让母亲和/或其新生儿出院。主治医师不得因提前（早于 48 小时或 96 小时）让母亲或新生儿出院而获得奖励或受到惩罚。

即便计划提供与分娩相关的住院福利，《新生儿法案》也仅适用于特定类型的保险。具体而言，这取决于保险是由保险公司或 HMO“承保”，还是由雇主提供的保险计划“自保”。（查阅计划说明书摘要，这份文件概述了计划下的福利和权利，或联系计划管理人，以确认与分娩相关的保险属于“承保”还是“自保”类型。）

《新生儿法案》的条款始终适用于自保型保险。如果计划提供与分娩相关的住院福利且属于承保型保险，该计划是否受《新生儿法案》约束则取决于州法律。许多州已针对承保型保险制定了各自版本的《新生儿法案》相关法规。如果您所在的州有规范新生儿和母亲保险的法律，且该法律符合特定标准，同时保险由保险公司或 HMO 提供，则适用州法律。

所有提供孕产或新生儿保险的团体健康保险计划，都必须在其计划说明书摘要中加入一项声明，描述适用于该计划（或计划下提供的任何健康保险）的、与母亲或新生儿分娩相关住院时长有关的联邦或州法律要求。

有关更多信息，请参阅《新生儿与母亲健康保护法》[常见问题解答 \(FAQ\)](#)。

针对意外医疗账单的权利与保障

当您接受急诊治疗，或在网络内医院、门诊手术中心接受网络外医疗服务提供者的治疗时，您将受到保护，免受意外账单或差额账单的困扰。

什么是“差额账单”（有时称为“意外账单”）？

当您就诊于医生或其他医疗服务提供者时，您可能需要支付某些自付费用，例如共付额、共同保险和/或免赔额。如果您就诊的医疗服务提供者或医疗机构不在您的健康保险计划网络内，您可能需要承担其他费用，或支付全部账单。

“网络外”指未与您的健康保险计划签订合同的医疗服务提供者和医疗机构。网络外医疗服务提供者可能有权就您的保险计划同意支付的金额与服务全额费用之间的差额向您收费，这被称为“差额账单”。这笔费用很可能高于相同服务的网络内费用，且可能不计入您的年度自付费用限额。

“意外账单”是指未预期到的差额账单。这种情况可能发生在您无法控制准参与您的治疗时，例如在急诊情况下，或当您预约网络内医疗机构就诊但意外由网络外医疗服务提供者治疗时。

您在以下方面免受差额账单的影响：

急诊服务

如果您患有紧急医疗状况并接受了网络外医疗服务提供者或机构的急诊服务，该提供者或机构向您收取的费用最高不得超过您保险计划的网络内费用分摊金额（如共付额和共同保险）。您不会因这些急诊服务收到差额账单。这包括您病情稳定后可能接受的服务，除非您书面同意并放弃免受这些病情稳定后服务差额账单的保护。

网络内医院或门诊手术中心的特定服务

当您在网络内医院或门诊手术中心接受服务时，其中某些医疗服务提供者可能属于网络外。在这种情况下，这些提供者向您收取的费用最高不得超过您保险计划的网络内费用分摊金额。这适用于急诊医学、麻醉、病理、放射、化验、新生儿科、助理外科医生、住院医生或重症监护医生提供的服务。这些提供者不得向您开具差额账单，也不得要求您放弃免受差额账单的保护。

如果您在这些网络内机构接受其他服务，网络外提供者不得向您开具差额账单，除非您书面同意并放弃相关保护。

您绝无义务放弃免受差额账单的保护，也无义务接受网络外医疗服务。您可以选择保险计划网络内的医疗服务提供者或机构。

当差额账单不被允许时，您还享有以下保护：

- 您仅需承担自己的费用份额（例如，若提供者或机构属于网络内，您应支付的共付额、共同保险和免赔额）。您的健康保险计划将直接向网络外医疗服务提供者和机构付款。
- 您的健康保险计划通常必须：

- 承保急诊服务，无需您提前获得服务批准（预先授权）。
- 承保网络外医疗服务提供者提供的急诊服务。
- 根据向网络内提供者或机构支付的金额来确定您对提供者或机构的应付金额（费用分摊），并在保险金说明中注明该金额。
- 将您为急诊服务或网络外服务支付的任何金额计入您的免赔额和自付费用限额。

您认为自己被错误计费，请联系您的医疗计划管理员或福利团队：benefits@sagehospitalitygroup.com。

访问 <https://www.dol.gov/agencies/ebsa/laws-and-regulations/laws/no-surprises-act>，了解您在联邦法律下的权利。

健康计划通知

Sage Hospitality Group 健康计划是一项面向所有员工的自愿参与型健康计划。该计划的实施遵循联邦相关规定，这些规定允许雇主发起旨在改善员工健康状况或预防疾病的健康计划，其中包括 1990 年《美国残疾人法案》、2008 年《遗传信息非歧视法案》以及《健康保险流通与责任法案》（如适用）等。您无需参与，但选择参与的员工可享受更低的保费。

医疗信息披露的保护措施

法律要求我们保护您可识别个人身份的健康信息的隐私和安全性。尽管健康计划和 Sage Hospitality Group 可能会使用收集到的汇总信息，根据工作场所中已识别的健康风险设计相关计划，但 Sage Hospitality Group 绝不会公开披露您的任何个人信息，也不会向雇主披露，除非为回应您参与健康计划所需的合理便利请求，或法律明确允许的情况。在健康计划相关过程中提供的、可识别您个人身份的医疗信息不会提供给您的上级或经理，且绝不能用于做出与您就业相关的决策。

您的健康信息不会被出售、交换、转移或以其他方式披露，除非法律允许为开展与健康计划相关的特定活动而进行披露。参与健康计划或获得激励不得要求您放弃健康信息的保密性。任何为提供健康计划相关服务而接触到您信息的人员，都将遵守相同的保密要求。唯一有权接收您可识别个人身份健康信息的人员是注册护士、医生或健康教练，其目的是为您提供健康计划下的服务。

此外，通过健康计划获取的所有医疗信息将与您的人事记录分开保存；电子存储的信息将进行加密；您在健康计划中提供的任何信息均不得用于做出任何就业决策。我们将采取适当预防措施避免数据泄露，若发生涉及您在健康计划中提供信息的数据泄露事件，我们将立即通知您。

您不会因在参与健康计划过程中提供的医疗信息而在就业中受到歧视，若您选择不参与健康计划，也不会因此受到报复。

如果您对本通知有疑问或担忧，或想了解有关反歧视和反报复的保护措施，请联系护理团队 benefits@sagehospitalitygroup.com。

便利措施

您的健康计划致力于帮助您实现最佳健康状况。所有员工都有机会通过参与健康计划获得奖励。如果您认为自己可能无法达到健康计划中获取奖励的标准，您或许有资格通过其他方式获得相同奖励。请通过 benefits@sagehospitalitygroup.com 与我们联系，我们将与您（若您愿意，也可与您的医生）合作，根据您的健康状况为您找到适合的、可获得相同奖励的健康计划。

Medicaid 和儿童健康保险计划 (CHIP) 下的保费援助

如果您或您的子女符合 Medicaid 或 CHIP 的参保资格，且您/同时有资格获得雇主提供的健康保险，您所在的州可能没有保费援助计划，该计划可使用 Medicaid 或 CHIP 的资金帮助您支付保险费用。如果您或您的子女不符合 Medicaid 或 CHIP 的参保资格，那么您也无法享受这些保费援助计划，但您可以通过医疗保险市场购买个人健康保险。有关更多信息，请访问 www.healthcare.gov。

如果您或您的受抚养人已参保 Medicaid 或 CHIP，且您居住在以下所列州，请联系所在州的 Medicaid 或 CHIP 办公室，了解是否可获得保费援助。

如果您或您的受抚养人目前未参加 Medicaid 或 CHIP，但您认为自己或任何受抚养人可能符合其中任一计划的参保资格，请联系所在州的 Medicaid 或 CHIP 办公室，或拨打 1-877-KIDS NOW，或访问 www.insurekidsnow.gov，了解申请方式。如果您符合资格，可咨询所在州是否有相关计划帮助您支付雇主赞助保险的保费。

如果您或您的受抚养人既符合 Medicaid 或 CHIP 的保费援助资格，又符合雇主保险的参保资格，那么即使您尚未参加雇主保险，雇主也必须允许您参保。这被称为“特殊参保”机会，您必须在被认定符合保费援助资格后的 60 天内申请参保。

如果您对参加雇主保险有疑问，请联系劳工部，访问 www.askebsa.dol.gov 或拨打 1-866-444-EBSA (3272)。

如果您居住在以下州，可能有资格获得雇主健康保险计划的保费援助。以下州列表更新至 2025 年 7 月 31 日。有关资格的更多信息，请联系所在州——

州	网站/电子邮箱	电话
阿拉巴马州 Medicaid	myalhipp.com	855-692-5447
阿拉斯加州 Medicaid	保费支付计划： myakhipp.com Medicaid 资格： health.alaska.gov/dpa 电子邮箱： customerservice@myakhipp.com	866-251-4861
阿肯色州 Medicaid	http://myarhipp.com/	855-MyARHIPP (855-692-7447)
加利福尼亚州 Medicaid	dhcs.ca.gov/hipp 电子邮箱： hipp@dhcs.ca.gov	916-445-8322 916-440-5676 (传真)
科罗拉多州 Medicaid 和 CHIP	Medicaid: healthfirstcolorado.com CHIP: hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus HIBI: mycohibi.com	800-221-3943 转 711 800-359-1991 转 711 855-692-6442
佛罗里达州 Medicaid	flmedicaidprecovery.com/flmedicaidprecovery.com/hipp/index.html	877-357-3268
乔治亚州 Medicaid	HIPP: medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp CHIPRA: medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra	678-564-1162 · 按 1 678-564-1162 · 按 2
印第安纳州 Medicaid	HIPP: https://www.in.gov/fssa/dfr/ 所有其他 Medicaid: in.gov/medicaid	800-403-0864 800-457-4584
爱荷华州 Medicaid 和 CHIP	Medicaid: hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid CHIP: hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/iowa-health-link/hawki HIPP: hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/fee-service/hipp	800-338-8366 800-257-8563 888-346-9562
堪萨斯州 Medicaid	kancare.ks.gov	800-792-4884 HIIPP:800-967-4660
肯塔基州 Medicaid 和 CHIP	KI-HIPP: chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx KI-HIPP 电子邮箱： KIHIPPPROGRAM@ky.gov KCHIP: kynect.ky.gov Medicaid: chfs.ky.gov/agencies/dms	KI-HIPP:855-459-6328 KCHIP:877-524-4718

路易斯安那州 Medicaid	ldh.la.gov/healthy-louisiana or www.ldh.la.gov/lahipp	Medicaid:888-342-6207 LaHIPP:855-618-5488
缅因州 Medicaid	参保： mymaineconnection.gov/benefits 私人健康保费： maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms	参保：800-442-6003 私人 HIP：800-977-6740 TTY/转：711
马萨诸塞州 Medicaid 和 CHIP	mass.gov/masshealth/pa 电子邮箱： masspreassistance@accenture.com	800-862-4840 TTY/转：711
明尼苏达州 Medicaid	mn.gov/dhs/health-care-coverage	800-657-3672
密苏里州 Medicaid	dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm	573-751-2005
蒙大拿州 Medicaid	HIPP: dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP HIPP 电子邮箱： HHSHIPPPProgram@mt.gov	800-694-3084
内布拉斯加州 Medicaid	ACCESSNebraska.ne.gov	855-632-7633 Lincoln:402-473-7000 Omaha:402-595-1178
内华达州 Medicaid	Medicaid: dhcnp.nv.gov	800-992-0900
新罕布什尔州 Medicaid	dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program 电子邮箱： DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov	603-271-5218 或 800-852-3345 · 分机号 15218
新泽西州 Medicaid 和 CHIP	Medicaid: state.nj.gov/humanservices/dmahs/clients/medicaid CHIP: njfamilycare.org/index.html	Medicaid:800-356-1561 CHIP 保费援助： 609-631-2392 CHIP:800-701-0710 TTY/转：711
纽约州 Medicaid	health.ny.gov/health_care/medicaid	800-541-2831
北卡罗来纳州 Medicaid	medicaid.ncdhhs.gov	919-855-4100
北达科他州 Medicaid	hhs.nd.gov/healthcare	844-854-4825
俄克拉荷马州 Medicaid 和 CHIP	insureoklahoma.org	888-365-3742
俄勒冈州 Medicaid	healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx	800-699-9075
宾夕法尼亚州 Medicaid 和 CHIP	Medicaid: pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html CHIP: dhs.pa.gov/CHIP/Pages/CHIP.aspx	Medicaid:800-692-7462 CHIP:800-986-KIDS (5437)
罗德岛州 Medicaid 和 CHIP	eohhs.ri.gov	855-697-4347 或 401-462-0311 (直拨)
南卡罗来纳州 Medicaid	scdhhs.gov	888-549-0820
南达科他州 Medicaid	dss.sd.gov	888-828-0059
德克萨斯州 Medicaid	hhs.texas.gov/services/financial/health-insurance-premium-payment-hipp-program	800-440-0493
犹他州 Medicaid 和 CHIP	UPP: medicaid.utah.gov/upp/ UPP 电子邮箱： upp@utah.gov 成人扩展计划： medicaid.utah.gov/expansion/ 犹他州 Medicaid 买断计划： medicaid.utah.gov/buyout-program/	UPP:877-222-2542

	CHIP: chip.utah.gov	
佛蒙特州 Medicaid	dvha.vermont.gov/members/medicaid/hipp-program	800-250-8427
弗吉尼亚州 Medicaid 和 CHIP	coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs	Medicaid/CHIP: 800-432-5924
华盛顿州 Medicaid	hca.wa.gov	800-562-3022
西弗吉尼亚州 Medicaid 和 CHIP	dhhr.wv.gov/bms/ mywvhipp.com/	Medicaid:304-558-1700 CHIP:855-699-8447
威斯康星州 Medicaid 和 CHIP	dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm	800-362-3002
怀俄明州 Medicaid	health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility	800-251-1269

如需查询2025年7月31日后是否有其他州新增保费援助计划，或了解更多关于特殊参保权利的信息，请联系以下渠道：

美国劳工部
员工福利保障局
dol.gov/agencies/ebsa
866-444-EBSA (3272)

美国卫生与公众服务部
Medicare 和 Medicaid 服务中心
cms.hhs.gov
877-267-2323 · 菜单选项 4 · 分机号61565