

AVISOS OBLIGATORIOS

Opciones de cobertura en el Mercado de Seguros de Salud y su cobertura de salud

PARTE A: INFORMACIÓN GENERAL

Aunque le ofrezcan cobertura de salud a través de su empleo, es posible que tenga otras opciones de cobertura a través del Mercado de Seguros de Salud (“Mercado”). Para ayudarle a evaluar las opciones para usted y su familia, este aviso proporciona información básica sobre el Mercado de Seguros de Salud y la cobertura de salud ofrecida a través de su empleo.

¿Qué es el Mercado de Seguros de Salud?

El Mercado está diseñado para ayudarle a encontrar un seguro de salud que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El Mercado ofrece una “ventanilla única” para encontrar y comparar las opciones de seguro de salud privado en su zona geográfica.

¿Puedo ahorrar dinero en mis primas de seguro de salud en el Mercado?

Usted puede calificar para ahorrar dinero y reducir su prima mensual y otros gastos de bolsillo, pero solo si su empleador no ofrece cobertura, u ofrece una cobertura que no es asequible para usted ni cumple con ciertos estándares de valor mínimo (mencionados a continuación). Los ahorros a los que usted es elegible dependen de los ingresos de su hogar. Asimismo, puede ser elegible para un crédito fiscal que reduzca sus costos.

¿La cobertura de salud basada en el empleo afecta la elegibilidad para ahorros de primas a través del Mercado?

Sí. Si usted tiene una oferta de cobertura de salud de su empleador que es asequible para usted y cumple con ciertos estándares de valor mínimo, usted no será elegible para un crédito fiscal, o pago anticipado del crédito fiscal, para su cobertura del Mercado y es posible que desee inscribirse en el plan de salud basado en el empleo. No obstante, puede resultar elegible para obtener un crédito fiscal, y pagos anticipados del crédito que disminuyan su prima mensual, o una reducción en ciertos costos compartidos si su empleador no le ofrece ninguna cobertura o no le ofrece una cobertura que sea asequible para usted o que cumpla con ciertos estándares de valor mínimo. Si su parte del costo de la prima de todos los planes ofrecidos a través de su empleo es más del 9.12 %¹ de los ingresos anuales de su hogar, o si la cobertura a través de su empleo no cumple con el estándar de “valor mínimo” establecido por la Ley de Atención Médica Asequible, usted puede ser elegible para obtener un crédito fiscal y el pago anticipado del crédito, si no se inscribe en la cobertura de salud basada en el empleo. Para los familiares del empleado, se considera que la cobertura es asequible si el costo de las primas del plan de menor costo que cubriría a todos los miembros de la familia no excede el 9.12 % de los ingresos del hogar del empleado.^{1,2}

Nota: Si obtiene un plan de salud a través del Mercado en lugar de aceptar la cobertura de salud ofrecida a través de su empleo, es posible que pierda el acceso a los aportes del empleador a la cobertura basada en el empleo. Además, este aporte del empleador, así como el aporte de su empleado a la cobertura basada en el empleo, por lo general se excluye de los ingresos para fines de impuestos federales y estatales. Sus pagos para la cobertura a través del Mercado se hacen después de impuestos. Además, tenga en cuenta que si la cobertura de salud ofrecida a través de su empleo no cumple con los estándares de asequibilidad o valor mínimo, pero igualmente usted acepta esa cobertura, no será elegible para obtener un crédito fiscal. Debe considerar todos estos factores para determinar si desea obtener un plan de salud a través del Mercado.

¿Cuándo puedo inscribirme en la cobertura de seguro de salud a través del Mercado?

Puede inscribirse en un plan de seguro de salud del Mercado durante el período anual de Inscripción Abierta del Mercado. La Inscripción Abierta varía según el estado, pero generalmente comienza el 1 de noviembre y continúa por lo menos hasta el 15 de diciembre.

Fuera del período anual de Inscripción Abierta, puede inscribirse en un seguro de salud si califica para un Período de Inscripción Especial. En general, usted califica para un Período de Inscripción Especial si ha tenido ciertos eventos de vida habilitantes, como casarse, tener un bebé, adoptar un niño o perder la elegibilidad para otra cobertura de salud. Según el tipo de Período de Inscripción Especial, podrá inscribirse en un plan del Mercado 60 días antes o después del evento de vida habilitante.

También hay un Período de Inscripción Especial del Mercado para las personas y sus familias que perdieron la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP) entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024. Desde el inicio de la emergencia nacional de salud pública por COVID-19, las agencias estatales de Medicaid y CHIP en general no terminaron las inscripciones de los beneficiarios de Medicaid o CHIP que se inscribieron entre el 18 de marzo de 2020, y el 31 de marzo de 2023. Cuando las agencias estatales de Medicaid y CHIP reanudaron las prácticas regulares de elegibilidad e inscripción, muchas personas que se habían inscrito antes del 31 de marzo de 2023 ya no eran elegibles para la cobertura de Medicaid o CHIP. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos está **ofreciendo un período temporal de Inscripción Especial del Mercado para que estas personas puedan inscribirse en la cobertura del Mercado**. Además, si usted o sus familiares están inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP, es importante que se asegure de que su información de contacto esté actualizada para recibir información sobre los cambios en su elegibilidad.

Para obtener más información, visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) o llame al Centro de Atención del Mercado al 1-800-318-2596. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-889-4325.

¿Qué alternativas hay a la cobertura de seguro de salud del Mercado?

Si usted o su familia son elegibles para la cobertura de un plan de salud basado en el empleo (como un plan de salud patrocinado por el empleador), también pueden ser elegibles para un Período de Inscripción Especial para inscribirse en ese plan de salud en ciertas circunstancias, incluso si usted o sus dependientes estuvieron inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP y perdieron esa cobertura. Por lo general, tiene 60 días después de la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP para inscribirse en un plan de salud basado en el empleo, pero si usted y su familia perdieron la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o CHIP entre el 31 de marzo de 2023 y el 10 de julio de 2023, tenía tiempo para solicitar esta inscripción especial en el plan de salud basado en el empleo hasta el 8 de septiembre de 2023. Confirme la fecha límite con su empleador o en su plan de salud basado en el empleo.

Como alternativa, puede inscribirse en la cobertura de Medicaid o CHIP en cualquier momento. Para esto debe completar una solicitud a través del Mercado o hacer la solicitud directamente a través de su agencia estatal de Medicaid. Visite healthcare.gov/medicaid-chip/getting-medicaid-chip para obtener más detalles.

¿Cómo puedo obtener más información?

Para obtener más información acerca de la cobertura ofrecida a través de su empleo, consulte la descripción resumida del plan de salud o comuníquese con el Equipo de Beneficios a benefits@sagehospitalitygroup.com. El Mercado puede ayudarle a evaluar sus opciones de cobertura, incluida su elegibilidad para la cobertura a través del Mercado y su costo. Visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) para obtener más información, como la solicitud en línea para cobertura de seguro de salud y la información de contacto de un Mercado de Seguros de Salud en su área.

1. Indexado anualmente; consulte irs.gov/pub/irs-drop/rp-22-34.pdf para conocer los porcentajes correspondientes a 2023.
2. Un plan de salud patrocinado por el empleador o basado en el empleo cumple con el “estándar de valor mínimo” si la parte del plan de los costos totales de los beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 % de dichos costos. Para la elegibilidad para el crédito fiscal por primas, para cumplir con el “estándar de valor mínimo”, el plan de salud también debe proporcionar una cobertura sustancial tanto de los servicios hospitalarios como de los servicios médicos.

Aviso de inscripción especial

Este aviso es para asegurarnos de que usted entiende su derecho a solicitar la cobertura de salud grupal. Debe leer este aviso aunque en este momento tenga pensado renunciar a la cobertura médica.

PÉRDIDA DE OTRA COBERTURA

Si rechaza una cobertura para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a otro seguro de salud o cobertura de plan de salud grupal, usted y sus dependientes podrán inscribirse en este Plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de aportar a su otra cobertura o la de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días siguientes a la finalización de su otra cobertura o de sus dependientes (o siguientes a la fecha en que el empleador deje de realizar aportes a la otra cobertura).

Ejemplo: Usted renunció a la cobertura de este Plan porque estaba cubierto por un plan ofrecido por el empleador de su cónyuge. Su cónyuge renuncia al empleo. Si usted notifica a su empleador dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que la cobertura finaliza, usted y sus dependientes elegibles pueden solicitar la cobertura de este Plan.

MATRIMONIO, NACIMIENTO O ADOPCIÓN

Si tiene un nuevo dependiente debido a un matrimonio, un nacimiento, una adopción o una entrega en adopción, tal vez puedan inscribirse usted y sus dependientes. Sin embargo, usted debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días siguientes al matrimonio, nacimiento o entrega en adopción.

Ejemplo: Cuando lo contrataron, usted era soltero y optó por no elegir beneficios del seguro de salud. Un año después, se casa. Usted y sus dependientes elegibles tienen derecho a inscribirse en este Plan. Sin embargo, debe solicitarlo dentro de 30 días a partir de la fecha en que contrajo matrimonio.

MEDICAID O CHIP

Si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o el Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP) o son elegibles para un subsidio de asistencia para primas de Medicaid o CHIP, tal vez puedan inscribirse usted y sus dependientes. Debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP o a la determinación de elegibilidad para un subsidio de asistencia para primas.

Ejemplo: Cuando lo contrataron, sus hijos recibieron la cobertura de salud de CHIP y usted no los inscribió en este Plan. Como sus ingresos cambiaron, sus hijos ya no son elegibles para la cobertura de CHIP. Usted puede inscribirlos en este Plan si lo solicita dentro de los 60 días siguientes a la fecha en que perdió la cobertura de CHIP.

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN O SOLICITAR ASISTENCIA

Para solicitar la inscripción especial u obtener más información, comuníquese con: El Equipo de Beneficios en benefits@sagehospitalitygroup.com

Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Este aviso describe cómo la información médica acerca de usted puede ser utilizada y divulgada y cómo usted puede acceder a esta información. **Revíselo detenidamente.**

SUS DERECHOS

Usted tiene los siguientes derechos:

- Obtener una copia de sus registros de salud y reclamos.
- Corregir sus registros de salud y reclamos.
- Solicitar comunicación confidencial.
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos.
- Obtener una lista de las personas con las que hemos compartido su información.
- Obtener una copia de este aviso de privacidad.
- Elegir a alguien para que actúe en su nombre.
- Presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad.

SUS PREFERENCIAS

Usted tiene algunas opciones en la manera en que usamos y compartimos la información cuando:

- Respondemos preguntas de su familia y amigos relacionadas con la cobertura.
- Asistimos en casos de desastres o catástrofes.
- Comercializamos nuestros servicios y vendemos su información.

NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES

Podemos usar y compartir su información cuando:

- Ayudamos a administrar el tratamiento de atención médica que recibe.
- Dirigimos nuestra organización.
- Pagamos por sus servicios de salud.
- Administramos su plan de salud.
- Ayudamos con cuestiones de salud pública y seguridad.
- Investigamos.
- Cumplimos con la ley.
- Respondemos a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajamos con un médico forense o el director de una funeraria.
- Abordamos la compensación laboral, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes del gobierno.
- Respondemos a demandas y acciones legales.

En la medida en que tengamos sus registros como paciente con trastorno por uso de sustancias, sujeto a la parte 2 del título 42 del CFR, no compartiremos esa información para investigaciones o procedimientos legales en su contra sin (1) su consentimiento por escrito o (2) una orden judicial y una citación.

SUS DERECHOS

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades.

Obtener una copia de los registros de salud y reclamos

- Usted puede pedir ver u obtener una copia de sus registros de salud y reclamos, así como otra información médica que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacer esto.
- Le daremos una copia o un resumen de sus registros de salud y reclamos, generalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo.

Pedirnos que corrijamos los registros de salud y reclamos

- Puede pedirnos que corrijamos sus registros de salud y reclamos si cree que son incorrectos o incompletos. Pregúntenos cómo hacer esto.

- Podemos decir que “no” a su solicitud, pero le explicaremos el motivo por escrito dentro de los 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede pedirnos que nos pongamos en contacto con usted de una manera específica (por ejemplo, al teléfono de la casa o la oficina) o que le enviemos un correo a una dirección diferente.
- Consideraremos todas las solicitudes razonables, y debemos decir que “sí” si nos dice que está en peligro si no lo hacemos.

Pedirnos que limitemos la información que usamos o compartimos

- Puede pedirnos que no utilicemos ni compartamos cierta información médica para los tratamientos, pagos o nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud, por lo que podemos decir que “no” si aceptar su pedido afecta su atención.

Obtener una lista de las personas con las que hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (recuento) de las veces que hemos compartido su información médica en los seis años anteriores a la fecha en que preguntó con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las relacionadas con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y algunas otras divulgaciones (como las que nos haya pedido que hagamos). Le entregaremos un recuento al año de forma gratuita, pero cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otro dentro de los 12 meses.

Obtener una copia de este aviso de privacidad.

Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, aunque haya aceptado recibir el aviso en formato electrónico. Le proporcionaremos una copia impresa a la brevedad.

Elegir a alguien para que actúe en su nombre.

- Si usted ha designado a una persona para actuar en su nombre y representación mediante un poder notarial para fines médicos o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta facultad y pueda actuar en su nombre antes de que tomemos alguna medida.

Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos

- Puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una queja si considera que hemos violado sus derechos. Para esto, utilice la información de contacto que está en la página 1.
- Para presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos envíe una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llame al 1-877-696-6775, o visite www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

SUS PREFERENCIAS

Con respecto a cierta información médica, puede comunicarnos sus preferencias sobre lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, comuníquese con nosotros. Díganos lo que quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene tanto el derecho como la opción de decirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas relacionadas con el pago de su atención.
- Compartamos información en una situación de desastre o catástrofe.

Si no puede comunicarnos su preferencia, por ejemplo, porque está inconsciente, podremos seguir adelante y compartir su información si consideramos que es en su beneficio. También podremos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.

En estos casos, jamás compartimos su información, a menos que usted nos dé su permiso por escrito:

- Fines comerciales
- Venta de su información

NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES

¿Cómo usamos o compartimos su información médica?

Normalmente, usamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

Ayudamos a administrar el tratamiento de atención médica que recibe.

Podemos usar su información médica y compartirla con los profesionales que lo están tratando.

Ejemplo: Un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos organizar los servicios adicionales.

Dirigimos nuestra organización.

- Podemos usar y divulgar su información para dirigir nuestra organización y comunicarnos con usted cuando sea necesario.
- No estamos autorizados a usar la información genética para decidir si le daremos cobertura y el precio de esa cobertura. Esto no se aplica a los planes de cuidado a largo plazo.

Ejemplo: Usamos su información médica para mejorar los servicios que le ofrecemos.

Pagamos por sus servicios de salud.

Podemos usar y divulgar su información médica cuando pagamos por sus servicios de salud.

Ejemplo: Compartimos su información con su plan dental para coordinar el pago de su intervención dental.

Administramos su plan

Podemos divulgar su información médica al patrocinador de su plan de salud para la administración del plan.

Ejemplo: Su compañía nos contrata para ofrecer un plan de salud, y le proporcionamos ciertas estadísticas para explicar las primas que cobramos.

¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información médica?

Podemos o debemos compartir su información de otras maneras, por lo general de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir muchas disposiciones legales antes de poder compartir su información para estos fines. Para más información, consulte: <https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/guidance-materials-for-consumers/index.html>

Ayudamos con cuestiones de salud pública y seguridad.

Podemos compartir su información médica en ciertas situaciones, como las siguientes:

- Para prevenir enfermedades.
- Para ayudar con retiros de productos.
- Para informar reacciones adversas a los medicamentos.
- Para denunciar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- Para prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o seguridad de cualquier persona.

Investigamos.

Podemos usar o compartir su información para realizar investigaciones de salud.

Cumplimos con la ley.

Compartiremos su información si las leyes estatales o federales lo exigen, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos cuando quiera controlar si estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

Respondemos a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajamos con un médico forense o el director de una funeraria.

- Podemos compartir su información médica con organizaciones de obtención de órganos.
- Podemos compartir información médica con médicos forenses o directores de funerarias cuando una persona fallece.

Abordamos la compensación laboral, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes del gobierno.

Podemos usar o compartir su información médica:

- Para los reclamos de compensación laboral.
- Para exigir el cumplimiento de la ley o con un funcionario del orden público.
- Con agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por ley.
- Para funciones gubernamentales específicas, como militares, de seguridad nacional y servicios de protección presidencial.

Respondemos a demandas y acciones legales.

Podemos compartir su información médica en caso de orden judicial o administrativa, o en caso de citación.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produce una vulneración que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir con los deberes y las prácticas de privacidad descritas en este aviso y darle una copia de él.

- No usaremos ni compartiremos su información de maneras diferentes a las que se describen aquí, a menos que usted nos autorice por escrito a hacerlo. Si nos da su autorización, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Infórmenos por escrito si cambia de opinión.

Para más información, consulte: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

CAMBIOS EN LOS TÉRMINOS DE ESTE AVISO

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible cuando se solicite, en nuestro sitio web, y le enviaremos una copia por correo.

- 1 de enero de 2026
- Equipo de Beneficios, Sage Hospitality Group
1809 Blake Street, Suite 200
Denver, CO 80202
(303) 595-7216 y benefits@sagehospitalitygroup.com

Aviso importante de Sage Hospitality Group sobre su cobertura de medicamentos con receta y Medicare

Por favor, lea este aviso con mucha atención y guárdelo en un lugar seguro. Este aviso tiene información sobre su cobertura actual de medicamentos con receta con Sage Hospitality Group y sobre sus opciones dentro de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Esta información puede ayudarle a decidir si desea o no inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si está pensando en inscribirse, debería comparar su cobertura actual, incluyendo qué medicamentos están cubiertos y a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos con receta de Medicare dentro de su zona. Al final de este aviso encontrará información sobre dónde obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos con receta.

Hay dos puntos importantes que debe saber acerca de su cobertura actual y de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare:

1. La cobertura de medicamentos con receta de Medicare está disponible desde 2006 para todos los que tengan Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan de medicamentos con receta de Medicare o en un Plan de Medicare Advantage (como una HMO o PPO) que ofrezca cobertura para medicamentos con receta. Todos los planes de medicamentos de Medicare proporcionan al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
2. Sage Hospitality Group ha determinado que la cobertura de medicamentos con receta ofrecida por el plan de Sage Hospitality Group es, en promedio para todos los participantes del plan, la que se espera que pague el mismo monto de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare estándar, y por lo tanto se considera Cobertura Acreditada. Debido a que su cobertura actual es Cobertura Acreditada, usted puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (un recargo) si posteriormente decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

¿Cuándo se puede inscribir en un plan de medicamentos de Medicare?

Usted puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare cuando sea elegible por primera vez para afiliarse a Medicare y todos los años desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

Sin embargo, si pierde su actual cobertura acreditable de medicamentos con receta sin mediar culpa de su parte, también será elegible para un Período de Inscripción Especial (Special Enrollment Period, SEP) de dos (2) meses para inscribirse a un plan de medicamentos de Medicare.

¿Qué pasa con su cobertura actual si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura actual no se verá afectada. Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y cancelar su cobertura actual, tenga en cuenta que usted y sus dependientes podrán recuperar esta cobertura.

¿Cuándo tendrá que pagar una prima más alta (recargo) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

También debe tener en cuenta que si renuncia o pierde su cobertura actual con Sage Hospitality Group y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días posteriores al fin de su cobertura actual, es posible que pague una prima más alta (un recargo) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare en otro momento.

Si pasa 63 días consecutivos o más sin cobertura acreditable de medicamentos con receta, su prima mensual puede aumentar por lo menos en un 1 % de la prima básica mensual del beneficiario de Medicare por cada mes en que usted no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima puede ser consistentemente al menos un 19 % más alta que la prima básica del beneficiario de Medicare. Es posible que tenga que pagar esta prima más alta (un recargo) siempre y cuando tenga

cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Además, puede que tenga que esperar hasta el siguiente octubre para inscribirse.

Para obtener más información sobre este aviso o su cobertura actual de medicamentos con receta:

Para obtener más información, póngase en contacto con la persona que se menciona a continuación. **NOTA:** Recibirá este aviso todos los años. Además, lo recibirá antes del próximo período de inscripción en un plan de medicamentos de Medicare; también lo recibirá si se cambia esta cobertura a través de Sage Hospitality Group. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para obtener más información sobre sus opciones dentro de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare:

En el manual “Medicare y Usted” encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos con receta. Cada año, Medicare le enviará por correo una copia del manual. También podría ser contactado directamente por los planes de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos con receta de Medicare:

- Visite www.medicare.gov
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia en Seguros médicos (consulte la contratapa interior de su copia del manual “Medicare y Usted” para obtener el número de teléfono) para obtener ayuda personalizada.
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene ingresos y recursos limitados, se encuentra disponible ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite la página web del Seguro Social www.socialsecurity.gov, o llame al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Recuerde: Guarde este aviso de Cobertura Acreditable. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que deba suministrar una copia de este aviso cuando se inscriba para demostrar si ha mantenido una cobertura acreditable o no y, por lo tanto, si se le exige o no que pague una prima más alta (un recargo).

Fecha: 1 de enero de 2026

Nombre de la entidad/remite: Sage Hospitality Group

Contacto/oficina: Equipo de Beneficios

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

Número de teléfono: (303) 595-7216

Derechos de la cobertura de continuación de COBRA

INTRODUCCIÓN

Está recibiendo este aviso porque hace poco obtuvo la cobertura de un plan de salud grupal (el Plan). El presente aviso incluye información importante acerca de su derecho a la cobertura de continuación de COBRA, que es una extensión provisoria de la cobertura en virtud del Plan. **Este aviso explica la cobertura de continuación de COBRA, cuándo puede estar disponible para usted y su familia, y qué debe hacer para proteger su derecho a obtenerla.** Cuando usted es elegible para COBRA, también podría ser elegible para otras opciones de cobertura que podrían costar menos que la cobertura de continuación de COBRA.

El derecho a la cobertura de continuación de COBRA fue creado por una ley federal: la Ley de Reconciliación del Presupuesto General Consolidado de 1985 (COBRA). La cobertura de continuación de COBRA puede estar disponible para usted y otros miembros de su familia si la cobertura de salud del grupo se diera por terminada. Para obtener más información sobre sus derechos y obligaciones según el Plan y la ley federal, debe revisar el Resumen de la Descripción del Plan o comunicarse con el Administrador del Plan.

Es posible que disponga de otras opciones al perder la cobertura de salud grupal. Por ejemplo, puede ser elegible para contratar un plan individual a través del Mercado de Seguros de Salud. Al contratar una cobertura a través del Mercado, usted podría calificar para costos más bajos por sus primas mensuales y costos de gastos de bolsillo más bajos. Además, usted podría calificar para un período de inscripción especial de 30 días para otro plan de salud grupal para el cual sea elegible (como un plan de cónyuge), incluso si ese plan generalmente no acepta inscripciones tardías.

¿QUÉ ES LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE COBRA?

La cobertura de continuación de COBRA es una continuación de la cobertura de un Plan que de otro modo finalizaría debido a un evento de vida. A esto también se le denomina "evento habilitante". Más adelante en este aviso encontrará una lista de eventos habilitantes específicos. Después de un evento habilitante, se debe ofrecer la cobertura de continuación de COBRA a cada persona que sea un "beneficiario calificado". Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios calificados si se hubiera perdido la cobertura del Plan debido a un evento habilitante. Según el Plan, los beneficiarios que reúnan los requisitos y elijan la cobertura de continuación COBRA deben pagar por dicha cobertura.

Si usted es empleado, será un beneficiario calificado si pierde su cobertura en virtud del Plan debido a los siguientes eventos habilitantes:

- Sus horas de trabajo son reducidas; o
- Su empleo finaliza por cualquier motivo que no sea una falta grave

Si usted es el cónyuge de un empleado, pasará a ser beneficiario calificado si pierde su cobertura del Plan debido a los siguientes eventos habilitantes:

- su cónyuge fallece;
- si se reducen las horas de trabajo de su cónyuge;
- termina la relación laboral de su cónyuge por cualquier motivo, excepto falta grave de su parte;
- su cónyuge pasa a tener derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas); o
- se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge.

Sus hijos dependientes pasarán a ser beneficiarios calificados si pierden la cobertura del Plan debido a los siguientes eventos habilitantes:

- el empleado progenitor fallece;
- se reducen las horas de trabajo del empleado progenitor;
- el empleo del empleado progenitor termina por cualquier motivo que no sea por mala conducta alevosa de su parte;
- el empleado progenitor pasa a tener derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas);
- los padres se divorcian o se separan legalmente; o
- el hijo deja de ser elegible para la cobertura del Plan como "hijo dependiente".

¿CUÁNDO ESTÁ DISPONIBLE LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE COBRA?

El Plan ofrecerá cobertura de continuación de COBRA a beneficiarios calificados solamente después de que el Administrador del Plan haya sido notificado de algún evento habilitante. El empleador debe notificar al Administrador del Plan los siguientes eventos habilitantes:

- la desvinculación laboral o la reducción del horario de trabajo;
- el fallecimiento del empleado;
- El empleado pasa a tener derecho a los beneficios de Medicare (en la Parte A, en la Parte B o en ambas).

Para todos los demás eventos habilitantes (divorcio o separación legal del empleado y su cónyuge o de un hijo dependiente que pierda la elegibilidad para la cobertura como hijo dependiente), debe notificar al Administrador del Plan dentro de los 60 días posteriores a que ocurra el evento habilitante. Deberá notificar a:

benefits@sagehospitalitygroup.com

¿CÓMO SE PROPORCIONA LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE COBRA?

Una vez que el Administrador del Plan recibe el aviso de que ocurrió un evento habilitante, se ofrecerá la cobertura de continuación de COBRA a cada uno de los beneficiarios calificados. Cada beneficiario calificado tendrá un derecho independiente a elegir la cobertura de continuación de COBRA. Los empleados cubiertos podrán elegir cobertura de continuación de COBRA en nombre de sus cónyuges y los padres podrán elegir cobertura de continuación de COBRA en nombre de sus hijos.

La cobertura de continuación de COBRA es una continuación temporal de la cobertura que, por lo general, se prolonga durante 18 meses a causa de la desvinculación laboral o reducción del horario de trabajo. Ciertos eventos habilitantes, o un segundo evento habilitante durante el período inicial de cobertura, pueden permitir que un beneficiario reciba un máximo de 36 meses de cobertura.

También hay maneras en las que se puede ampliar este período de 18 meses de cobertura de continuación de COBRA:

Prolongación por discapacidad del período de 18 meses de cobertura de continuación de COBRA

Si el Seguro Social determina que usted o algún integrante de su familia cubierto por el Plan sufren una discapacidad y usted notifica puntualmente al Administrador del Plan, usted y toda su familia podrían tener derecho a recibir hasta un total de 11 meses más de cobertura de continuación de COBRA, durante un máximo de 29 meses. La discapacidad tendría que haber comenzado en algún momento antes del día 60 de la cobertura de continuación de COBRA y debe durar por lo menos hasta el final del período de 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA.

Ampliación del período de 18 meses de la cobertura de continuación por segundo evento habilitante

Si su familia sufre otro evento habilitante durante los 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA, el cónyuge y los hijos dependientes de su familia pueden tener hasta 18 meses adicionales de cobertura de continuación de COBRA, por un máximo de 36 meses, si se notifica adecuadamente al Plan sobre el segundo evento habilitante. Esta ampliación podría conferirse al cónyuge y los hijos dependientes que estén recibiendo la cobertura de continuación de COBRA cuando el empleado o ex empleado fallezca;

adquiera el derecho a los beneficios de Medicare (de acuerdo con la Parte A, Parte B o ambas), se divorcia o se separa legalmente o si el hijo dependiente deja de ser elegible bajo el Plan como hijo dependiente. Esta ampliación solo está disponible si el segundo evento habilitante hubiera causado que el cónyuge o hijo dependiente perdiera la cobertura del Plan si no hubiera ocurrido el primer evento habilitante.

¿EXISTEN OTRAS OPCIONES DE COBERTURA ADEMÁS DE LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE COBRA?

Sí. En lugar de inscribirse en la cobertura de continuación de COBRA, puede haber otras opciones de cobertura para usted y su familia a través del Mercado de Seguros de Salud, Medicare, Medicaid [Programa de Seguro Médico Infantil \(CHIP\)](#), u otras opciones de cobertura de planes de salud grupal (como el plan de un cónyuge) a través de lo que se llama un “período de inscripción especial”. Algunas de estas opciones pueden costar menos que la cobertura de continuación de COBRA. Para obtener más información sobre muchas de estas opciones, visite www.healthcare.gov.

¿PUEDO INSCRIBIRME EN MEDICARE EN LUGAR DE LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE COBRA CUANDO TERMINE MI COBERTURA DEL PLAN DE SALUD GRUPAL?

En general, si no se inscribe en la Parte A o B de Medicare cuando es elegible por primera vez porque sigue trabajando, después del período de inscripción inicial de Medicare, dispone de un período de inscripción especial de 8 meses para inscribirse en la Parte A o B de Medicare, que comienza el día anterior de

- El mes posterior a la finalización de su empleo; o
- El mes posterior a la finalización de la cobertura del plan de salud grupal basado en el empleo actual.

Si no se inscribe en Medicare y en su lugar elige la cobertura de continuación de COBRA, es posible que tenga que pagar un recargo por inscripción tardía en la Parte B y que tenga una interrupción en la cobertura si decide que quiere la Parte B más adelante. Si elige la cobertura de continuación de COBRA y luego se inscribe en la Parte A o B de Medicare antes de que termine la cobertura de continuación de COBRA, el Plan puede cancelar su cobertura de continuación. Sin embargo, si la Parte A o B de Medicare entra en vigencia en la fecha de la elección de COBRA o antes, la cobertura de COBRA no podrá interrumpirse a causa del derecho a Medicare, incluso si se inscribe en la otra parte de Medicare después de la fecha de la elección de la cobertura de COBRA.

Si está inscrito tanto en la cobertura de continuación de COBRA como en Medicare, Medicare generalmente pagará primero (pagador primario) y la cobertura de continuación de COBRA pagará segundo. Ciertos planes pueden pagar como si fueran secundarios a Medicare, incluso si no está inscrito en Medicare.

Para obtener más información, visite <https://www.medicare.gov/medicare-and-you>.

SI TIENE PREGUNTAS

Las preguntas relativas a los derechos de su Plan o a la cobertura de continuación de COBRA deberán dirigirse al contacto o los contactos que se identifican a continuación. Para obtener más información sobre sus derechos, conforme a la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA), lo que incluye a COBRA, la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible y otras leyes que afectan los planes de salud grupales, comuníquese con la oficina regional o del distrito más cercana en su zona de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (EBSA) del Departamento de Trabajo de los

Estados Unidos o visite www.dol.gov/ebsa. (Los domicilios y números de teléfono de las oficinas regionales y del distrito de EBSA están disponibles en el sitio web de EBSA). Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov.

MANTENGA A SU PLAN INFORMADO SOBRE LOS CAMBIOS DE DOMICILIO

Para proteger los derechos de su familia, informe al Administrador del Plan sobre cualquier cambio de domicilio de los miembros de la familia. Asimismo, debe guardar una copia, para su registro, de cualquier aviso que envíe al Administrador del Plan.

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PLAN

Fecha: 1 de enero de 2026

Nombre de la entidad/remite: Sage Hospitality Group

Contacto/oficina: Equipo de Beneficios

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

Número de teléfono: (303) 595-7216

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

Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer

AVISO DE INSCRIPCIÓN

Si le han realizado una mastectomía, o están por realizársela, es posible que tenga derecho a ciertos beneficios conforme a la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer (WHCRA) de 1998. Para las personas que reciben beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se suministrará de la manera determinada en consulta con el médico tratante y el paciente para:

- Todas las etapas de la reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir un aspecto simétrico;
- Prótesis; y
- Tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema.

Estos beneficios se proporcionarán de acuerdo con los mismos deducibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados conforme a este plan. Por lo tanto, se aplican los siguientes deducibles y coseguros: consulte el plan médico en el que está inscrito para obtener información específica sobre los beneficios. Si desea obtener más información sobre los beneficios de WHCRA, llame al administrador de su plan al (303) 595-7216.

AVISO ANUAL

¿Sabe que su plan, conforme lo exige la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer de 1998, ofrece beneficios para los servicios relacionados con la mastectomía, incluidas todas las etapas de la reconstrucción y la cirugía para lograr la simetría entre las mamas, prótesis y complicaciones de una mastectomía, incluido el linfedema? Llame al administrador de su plan al (303) 595-7216 para obtener más información.

Ley de Protección de la Salud de Madres y Recién Nacidos

La Ley de Protección de la Salud de Madres y Recién Nacidos (Ley de Recién Nacidos) establece protecciones para las madres y sus hijos recién nacidos en relación con la duración de su estadía en el hospital después del parto.

Conforme a la Ley de Recién Nacidos, los planes de salud grupales no pueden restringir los beneficios para las madres o los recién nacidos, durante una estadía hospitalaria relacionada con el parto, a menos de 48 horas después de un parto vaginal ni a menos de 96 horas después de un parto por cesárea. El período de 48 horas (o 96 horas) comienza en el momento del parto, a menos que la mujer dé a luz fuera del hospital. En ese caso, el período comienza en el momento de la admisión hospitalaria.

Después de consultar con la madre, el proveedor tratante decide si dará de alta a la madre o a su hijo recién nacido antes. El proveedor tratante no puede recibir incentivos ni ser disuadido para dar de alta a la madre o a su hijo antes de las 48 horas (o las 96 horas).

Aunque un plan ofrezca beneficios para estadías en el hospital relacionadas con el parto, la Ley de Recién Nacidos solo se aplica a cierta cobertura. En particular, esto depende de si la cobertura está “asegurada” por una compañía de seguros o una HMO o si está “autoasegurada” por un plan basado en el empleo. (Consulte la Descripción Resumida del Plan, el documento que describe los beneficios y derechos del plan, o comuníquese con el administrador del plan para averiguar si la cobertura relacionada con el parto está “asegurada” o “autoasegurada”).

Las disposiciones de la Ley de Recién Nacidos siempre se aplican a la cobertura que está autoasegurada. Si el plan ofrece beneficios para estadías hospitalarias relacionadas con el parto y está asegurado, la ley estatal será la que determine si el plan está sujeto a la Ley de Recién Nacidos. Muchos estados han promulgado su propia versión de la Ley de Recién Nacidos con respecto a la cobertura asegurada. Si su estado tiene una ley que regula la cobertura para recién nacidos y madres que cumple con los criterios específicos y la cobertura es proporcionada por una compañía de seguros o una HMO, se aplicará la ley estatal.

Todos los planes de salud grupales que brindan cobertura por maternidad o para bebés recién nacidos deben incluir en las Descripciones Resumidas del Plan una declaración que describa los requisitos de la ley federal o estatal correspondientes al plan (o cualquier cobertura de seguro de salud ofrecida por el plan) en relación con la duración de la estadía hospitalaria de la madre o el recién nacido relacionada con el parto.

Para obtener más información, consulte las [Preguntas Frecuentes \(FAQ\)](#) sobre la Ley de Protección de la Salud de Madres y Recién Nacidos.

Derechos y protecciones en relación con las facturaciones médicas sorpresa

Cuando recibe atención de emergencia o recibe tratamiento por parte de un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio que está dentro de la red, usted está protegido de facturaciones sorpresa o facturaciones de saldo.

¿Qué es la “facturación de saldo” (a veces llamada “facturación sorpresa”)?

Cuando tenga una consulta con un médico u otro proveedor de atención médica, es posible que deba pagar ciertos gastos de bolsillo, como un copago, coseguro o un deducible. Puede que tenga otros costos o tenga que pagar la factura completa si su consulta es con un proveedor o en un centro de atención médica que no están en la red de su plan de salud.

“Fuera de la red” se refiere a proveedores y centros que no tienen convenio con su plan de salud. Los proveedores fuera de la red pueden facturarle la diferencia entre lo que su plan acordó pagar y el monto total cobrado por un servicio. Esto se llama “facturación de saldo”. Es muy probable que este monto sea mayor que los costos dentro de la red para el mismo servicio y podría no contar para su límite anual de bolsillo.

La “facturación sorpresa” es una factura de saldo inesperada. Esto puede suceder cuando no puede controlar quién lo atiende, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una visita a un centro que está dentro de la red, pero inesperadamente lo atiende un proveedor que está fuera de la red.

USTED ESTÁ PROTEGIDO DE LA FACTURACIÓN DE SALDO EN CASO DE:

Servicios de emergencia

Si tiene una afección médica de emergencia y recibe servicios de emergencia de un proveedor o centro fuera de la red, el monto máximo que pueden facturarle es el monto del costo compartido dentro de la red de su plan (como los copagos y coseguros). No se le puede facturar el saldo por estos servicios de emergencia. Esto incluye servicios que puede recibir una vez que esté estable, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones contra la facturación de estos servicios recibidos después de la estabilización.

Algunos servicios en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red

Cuando recibe servicios en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio que está dentro de la red, es posible que algunos proveedores estén fuera de la red. En estos casos, el monto máximo que los proveedores pueden facturarle es el monto del costo compartido dentro de la red de su plan. Esto se aplica a la medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, cirujano asistente, médico hospitalario o servicios de médicos de cuidados intensivos. Estos proveedores **no pueden** facturarle el saldo **ni** pueden pedirle que renuncie a sus protecciones contra la facturación de saldo.

Si recibe otros servicios en centros que están dentro de la red, los proveedores fuera de la red no pueden facturarle el saldo, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones.

No está obligado a renunciar a sus protecciones contra la facturación de saldo. Tampoco está obligado a recibir atención con profesionales o en centros fuera de la red. Puede elegir un proveedor o un centro que esté dentro de la red de su plan.

CUANDO LA FACTURACIÓN DE SALDO NO ESTÁ PERMITIDA, TAMBIÉN TIENE LAS SIGUIENTES PROTECCIONES:

- Usted solo es responsable de pagar su parte del costo (como los copagos, coseguros y deducibles que pagaría si el proveedor o el centro estuviera dentro de la red). Su plan de salud pagará directamente a los proveedores y centros fuera de la red.
- En general, su plan de salud debe:
 - Cubrir los servicios de emergencia sin exigirle que tenga la aprobación de los servicios por adelantado (autorización previa).
 - Cubrir los servicios de emergencia prestados por proveedores fuera de la red.
 - Basar lo que usted debe pagar al proveedor o centro (costo compartido) en lo que pagaría a un proveedor o centro dentro de la red; y mostrar ese monto en su explicación de beneficios.
 - Contar cualquier monto que pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red para su deducible y límite de bolsillo.

Si cree que se le ha facturado de forma equivocada, puede comunicarse con el administrador de su plan médico o con el equipo de beneficios en benefits@sagehospitalitygroup.com.

Visite <https://www.dol.gov/agencies/ebsa/laws-and-regulations/laws/no-surprises-act> para obtener más información sobre sus derechos conforme a la ley federal.

Avisos sobre el programa de bienestar

El programa de bienestar de Sage Hospitality Group es un programa de bienestar voluntario disponible para todos los empleados. El programa se administra según las reglas federales que permiten programas de bienestar patrocinados por el empleador, que buscan mejorar la salud de los empleados o evitar una enfermedad, incluida la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990, la Ley de No Discriminación Por Información Genética de 2008 y la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros Médicos, según corresponda, entre otras. No es obligatorio participar, sin embargo, los empleados que decidan hacerlo tendrán acceso a primas más bajas.

PROTECCIONES CONTRA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica personalmente identificable. Aunque el programa de bienestar y Sage Hospitality Group pueden utilizar la información agregada que recopila para diseñar un programa basado en los riesgos de salud identificados en el lugar de trabajo, Sage Hospitality Group nunca divulgará ninguno de sus datos personales ni públicamente ni al empleador, excepto cuando 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 personalmente y que se proporciona en relación con el programa de bienestar no se proporcionará a sus supervisores o gerentes y nunca podrá ser utilizada para tomar decisiones con respecto a su empleo.

Su información médica no se venderá, intercambiará, transferirá ni divulgará de ninguna otra manera, excepto en la medida en que lo permita la ley para llevar a cabo actividades específicas relacionadas con el programa de bienestar, y no se le pedirá ni exigirá que renuncie a la confidencialidad de su información médica como condición para participar en el programa de bienestar o recibir un incentivo. Cualquier persona que reciba su información con fines de prestarle servicios como parte del programa de bienestar deberá respetar los mismos requisitos de confidencialidad. Las únicas personas que recibirán su información médica personal identificable son: enfermeros titulados, médicos o asesores de salud, con el fin de proporcionarle servicios en el marco del programa de bienestar.

Además, toda la información médica obtenida a través del programa de bienestar se conservará por separado de sus registros de personal, la información almacenada electrónicamente se encriptará y la información que usted proporcione como parte del programa de bienestar no será usada para tomar ninguna decisión de empleo. Se tomarán las precauciones adecuadas para evitar cualquier filtración de datos y, en caso de que se produzca una filtración de datos que incluya información que usted haya proporcionado en relación con el programa de bienestar, será notificado inmediatamente.

No podrá ser discriminado en el empleo por la información médica que proporcione como parte de su participación en el programa de bienestar, ni podrá ser objeto de represalias si decide no participar.

Si tiene preguntas o inquietudes con respecto a este aviso, o sobre las protecciones contra la discriminación y las represalias, comuníquese con el equipo de beneficios en benefits@sagehospitalitygroup.com.

ADAPTACIONES

Su plan médico tiene el compromiso de ayudarlo a alcanzar su mejor estado de salud. Todos los empleados tienen acceso a recompensas por participar en un programa de bienestar. Si cree que no puede cumplir una norma para obtener una recompensa en el marco de este programa de bienestar, podría tener la oportunidad de obtener la misma recompensa por otros medios. Comuníquese con nosotros en benefits@sagehospitalitygroup.com y trabajaremos con usted (y si lo desea, con su médico) para encontrar un programa de bienestar con la misma recompensa que sea adecuado para usted teniendo en cuenta su estado de salud.

Asistencia para primas de Medicaid y el Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para la cobertura de salud de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia para primas que puede ayudarlo a pagar la cobertura con los fondos de sus programas de Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, usted no será elegible para estos programas de asistencia para primas, pero tal vez pueda adquirir una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros de Salud. Para obtener más información, visite www.healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y viven en un estado que se indica a continuación, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para averiguar si hay asistencia para primas disponible.

Si usted o sus dependientes NO están actualmente inscritos en Medicaid o CHIP, y cree que usted o cualquiera de sus dependientes pueden ser elegibles para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado o llame al **1-877-KIDS AHORA MISMO**, o bien visite www.insurekidsnow.gov para averiguar cómo solicitarlos. Si califica, pregunte en la oficina de su estado si hay algún programa que pueda ayudarlo a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para la asistencia para primas de Medicaid o CHIP, así como del plan de su empleador, este debe permitirle inscribirse en su plan de empleador si usted aún no está inscrito. Esto se llama oportunidad de “inscripción especial”, y **usted debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días de la determinación de su elegibilidad para la asistencia para primas.**

Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo a través del sitio web www.askebsa.dol.gov o llame al **1-866-444-EBSA (3272).**

Si vive en uno de los siguientes estados, puede ser elegible para recibir asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados está vigente hasta el 31 de julio de 2025. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad.

ESTADO	SITIO WEB/CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO
Alabama Medicaid	myalhipp.com	855-692-5447
Alaska Medicaid	Programa de pago de primas: myakhipp.com Elegibilidad de Medicaid: health.alaska.gov/dpa Correo electrónico: customerservice@myakhipp.com	866-251-4861
Arkansas Medicaid	http://myarhipp.com/	855-MyARHIPP (855-692-7447)
California Medicaid	dhcs.ca.gov/hipp Correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov	916-445-8322 916-440-5676 (fax)
Colorado Medicaid y CHIP	Medicaid: healthfirstcolorado.com CHIP: hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus HIBI: mycohibi.com	800-221-3943 Relé 711 800-359-1991 Relé 711 855-692-6442
Florida Medicaid	flmedicaidtprecovery.com/flmedicaidtprecovery.com/hipp/index.html	877-357-3268
Georgia 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, presione 1 678-564-1162, presione 2
Indiana Medicaid	HIPP: https://www.in.gov/fssa/dfcr/ Todos los demás de Medicaid: in.gov/medicaid	800-403-0864 800-457-4584
Iowa Medicaid y 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
Kansas Medicaid	kancare.ks.gov	800-792-4884 HIPP: 800-967-4660
Kentucky Medicaid y CHIP	KI-HIPP: chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihhipp.aspx Correo electrónico de KI-HIPP: KIHIPPPROGRAM@ky.gov KCHIP: kynect.ky.gov Medicaid: chfs.ky.gov/agencies/dms	KI-HIPP: 855-459-6328 KCHIP: 877-524-4718
Luisiana Medicaid	ldh.la.gov/healthy-louisiana o www.ldh.la.gov/lahipp	Medicaid: 888-342-6207 LaHIPP: 855-618-5488
Maine Medicaid	Inscripción: mymaineconnection.gov/benefits Prima de seguro de salud privado: maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms	Inscripción: 800-442-6003 HIP privado: 800-977-6740 TTY/Relé: 711
Massachusetts Medicaid y CHIP	mass.gov/masshealth/pa Correo electrónico: masspremassistance@accenture.com	800-862-4840 TTY/Relé: 711
Minnesota Medicaid	mn.gov/dhs/health-care-coverage	800-657-3672
Missouri Medicaid	dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm	573-751-2005
Montana Medicaid	HIPP: dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Correo electrónico de HIPP: HHSHIPPPProgram@mt.gov	800-694-3084

Nebraska Medicaid	ACCESSNebraska.ne.gov	855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178
Nevada Medicaid	Medicaid: dhcfp.nv.gov	800-992-0900
Nuevo Hampshire Medicaid	dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Correo electrónico: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov	603-271-5218 o 800-852-3345, ext. 15218
Nueva Jersey Medicaid y CHIP	Medicaid: state.nj.gov/humanservices/dmahs/clients/medicaid CHIP: njfamilycare.org/index.html	Medicaid: 800-356-1561 Asistencia para primas de CHIP: 609-631-2392 CHIP: 800-701-0710 TTY/Relé: 711
Nueva York Medicaid	health.ny.gov/health_care/medicaid	800-541-2831
Carolina del norte Medicaid	medicaid.ncdhhs.gov	919-855-4100
Dakota del norte Medicaid	hhs.nd.gov/healthcare	844-854-4825
Oklahoma Medicaid y CHIP	insureoklahoma.org	888-365-3742
Oregón Medicaid	healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx	800-699-9075
Pensilvania Medicaid y 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)
Rhode Island Medicaid y CHIP	cohhs.ri.gov	855-697-4347 o 401-462-0311 (Teléfono directo de RI)
Carolina del sur Medicaid	scdhhs.gov	888-549-0820
Dakota del sur Medicaid	dss.sd.gov	888-828-0059
Texas Medicaid	hhs.texas.gov/services/financial/health-insurance-premium-payment-hipp-program	800-440-0493
Utah Medicaid y CHIP	UPP: medicaid.utah.gov/upp/ Correo electrónico de UPP: upp@utah.gov Expansión para adultos: medicaid.utah.gov/expansion/ Programa de adquisición de Medicaid en Utah: medicaid.utah.gov/buyout-program/ CHIP: chip.utah.gov	UPP: 877-222-2542
Vermont Medicaid	dvha.vermont.gov/members/medicaid/hipp-program	800-250-8427
Virginia Medicaid y 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
Washington Medicaid	hca.wa.gov	800-562-3022
Virginia Occidental Medicaid y CHIP	dhhr.wv.gov/bms/ mywvhipp.com/	Medicaid: 304-558-1700 CHIP: 855-699-8447
Wisconsin Medicaid y CHIP	dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm	800-362-3002

Wyoming Medicaid	health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility	800-251-1269
----------------------------	---	--------------

Para saber si otros estados han añadido un programa de asistencia para primas desde el 31 de julio de 2025 o para obtener más información sobre los derechos de inscripción especial, comuníquese con:

La Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados
del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos
dol.gov/agencies/ebsa
866-444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los
Estados Unidos, Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
cms.hhs.gov
877-267-2323, opción 4 del menú, ext. 61565