

2027

AVISOS LEGALES Y DIVULGACIONES SOBRE BENEFICIOS





TRINITY INDUSTRIES

Cada año, Trinity Industries, Inc. ("Trinity") debe proporcionar avisos y divulgaciones requeridos legalmente en relación con ciertos planes de beneficios.

Estos avisos se aplican al Plan Trinity Wrap ("Plan") según lo exige la ley federal.

ÍNDICE

Asistencia para el pago de primas bajo Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP).....3

Aviso de derechos de Cobra.....7

Aviso de cobertura acreditable de la Parte D de Medicare.....14

Opciones de cobertura del mercado de seguros de salud y su cobertura de salud.....20

Sus derechos y protecciones contra facturas médicas sorpresa.....21

Si usted (y/o sus dependientes) tienen Medicare o serán elegibles para Medicare en los próximos 12 meses, una ley federal le da más opciones sobre su cobertura de medicamentos con receta. Por favor, consulte la página 11 de la sección Avisos Legales y Divulgaciones para obtener información importante sobre la cobertura de la Parte D de Medicare.

ASISTENCIA PARA EL PAGO DE PRIMAS BAJO MEDICAID Y EL PROGRAMA DE SEGURO MÉDICO PARA NIÑOS (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para la cobertura de salud de su empleador, es posible que su estado cuente con programa de asistencia para el pago de primas que puede ayudar a pagar la cobertura, usando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, usted no será elegible para estos programas de asistencia para el pago de primas, pero sí podría adquirir cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros de Salud. Para más información, visite www.healthcare.gov.

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

Si usted o sus dependientes NO están actualmente inscritos en Medicaid o CHIP, y considera que usted o alguno de sus dependientes podrían ser elegibles para alguno de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado o llame al 1-877-KIDS NOW, o ingrese en www.insurekidsnow.gov para averiguar cómo solicitarlo. Si califica, pregunte a su estado si tiene un programa que pueda ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir la asistencia para el pago de primas bajo Medicaid o CHIP, y también son elegibles para el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en su plan si usted todavía no lo estuviera. Esto se llama oportunidad de "inscripción especial", y usted debe solicitar cobertura dentro de los 60 días de haberse determinado su elegibilidad para recibir la asistencia para el pago de primas.

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

Si vive en uno de los siguientes estados, podría ser elegible para recibir asistencia para el pago de las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de julio de 2026. Comuníquese con su Estado para obtener más información sobre elegibilidad –

Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de EE. UU.
www.dol.gov/agencies/ebsa

1-866-444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
www.cms.hhs.gov

1-877-267-2323, opción 4 del menú, extensión 61565

ALABAMA: MEDICAID	ALASKA: MEDICAID
Sitio web: **http://myalhipp.com/** Teléfono: **1-855-692-5447**	Programa de Pago de Primas del Seguro Médico de AK Sitio web: **http://myakhipp.com/** Teléfono: **1-866-251-4861** Correo electrónico: **CustomerService@MyAKHIPP.com** Requisitos de elegibilidad para Medicaid: **https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx**
ARKANSAS: MEDICAID	**CALIFORNIA: MEDICAID**
Sitio web: **http://myarhipp.com/** Teléfono: **1-855-MyARHIPP (855-692-7447)**	Sitio web del Programa de Pago de Primas del Seguro de Salud (HIPP): **http://dhcs.ca.gov/hipp** Teléfono: **916-445-8322** Fax: **916-440-5676** Correo electrónico: **hipp@dhcs.ca.gov**
COLORADO: HEALTH FIRST COLORADO (PROGRAMA MEDICAID DE COLORADO) Y CHILD HEALTH PLAN PLUS (CHP+)	**FLORIDA: MEDICAID**
Sitio web de Health First Colorado: **https://www.healthfirstcolorado.com/** Centro de contacto para miembros de Health First Colorado: **1-800-221-3943/Retransmisión estatal 711** CHP+: **https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus** Servicio al cliente de CHP+: **1-800-359-1991/Retransmisión estatal 711** Programa de Compra de Seguros de Salud (HIBI): **https://www.mycohibi.com/** Servicio de atención al cliente de HIBI: **1-855-692-6442**	Sitio web: **https://www.flmedicaidtplrecovery.com/flmedicaidtplrecovery.com/hipp/index.html** Teléfono: **1-877-357-3268**
GEORGIA: MEDICAID	**ILLINOIS: MEDICAID**
Sitio web de GA HIPP: **https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp** Teléfono: **678-564-1162,** presione 1 Sitio web de GA CHIPRA: **https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra** Teléfono: **678-564-1162,** presione 2	Información sobre la asistencia para el pago de primas de Medicaid en Illinois Sitio web de solicitud de Medicaid: **https://abe.illinois.gov** Número de la línea directa de HIPP: **217-524-8268** Correo electrónico de HIPP: **mhfs.boc.hipp@illinois.gov**
INDIANA: MEDICAID	**IOWA: MEDICAID Y CHIP (HAWKI)**
Programa de Pago de Primas del Seguro de Salud Todos los demás Medicaid Sitio web: https://www.in.gov/medicaid/ http://www.in.gov/fssa/dfr/ Administración de servicios sociales y familiares Teléfono: **1-800-403-0864** Teléfono de Servicios para Miembros: **1-800-457-4584**	Sitio web de Medicaid: Medicaid de Iowa | Salud y Servicios Humanos Teléfono de Medicaid: **1-800-338-8366** Sitio web de Hawki: Hawki - Niños sanos y saludables en Iowa | Salud y Servicios Humanos Teléfono de Hawki: **1-800-257-8563** Sitio web de HIPP: Pago de Primas del Seguro de Salud (HIPP) | Departamento de Salud y Servicios Humanos (iowa.gov) Teléfono de HIPP: **1-888-346-9562**

KANSAS: MEDICAID	KENTUCKY: MEDICAID
Sitio web: https://www.kancare.ks.gov/ Teléfono: **1-800-792-4884** Teléfono de HIPP: **1-800-967-4660**	Sitio web del Programa Integrado de Pago de Primas de Seguros de Salud de Kentucky (KI-HIPP): https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Teléfono: **1-855-459-6328** Correo electrónico: KIHIPP.PROGRAM@ky.gov Sitio web de KCHIP: https://kynect.ky.gov Teléfono: **1-877-524-4718** Sitio web de Medicaid de Kentucky: https://chfs.ky.gov/agencies/dms
LUISIANA: MEDICAID	**MAINE: MEDICAID**
Sitio web de Medicaid de Luisiana: **https://www.ldh.la.gov/healthy-louisiana** Línea de atención al cliente de Medicaid: **1-888-342-6207** Correo electrónico de Medicaid de Luisiana: **healthy@la.gov** Sitio web del Programa de Primas de Seguro de Salud de Luisiana (LaHIPP): **https://www.ldh.la.gov/lahipp** Teléfono de LaHIPP: **1-877-697-6703** Correo electrónico de LaHIPP: **La.HIPP@la.gov** Fax de LaHIPP: **1-888-716-9787** Dirección postal de LaHIPP: 100 Crescent Centre Parkway, Suite 1000 Tucker, GA 30084	Sitio web de inscripción: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US Teléfono: **1-800-442-6003** TTY: Retransmisión de Maine 711 Página web sobre Primas de Seguros de Salud Privados: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: **1-800-977-6740** TTY: Retransmisión de Maine 711
MASSACHUSETTS: MEDICAID Y CHIP	**MINNESOTA : MEDICAID**
Sitio web: https://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: **1-800-862-4840** TTY 711 Correo electrónico: masspremassistance@accenture.com	Sitio web: https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/ Teléfono: **1-800-657-3672**
MISURI: MEDICAID	**MONTANA: MEDICAID**
Sitio web: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: **573-751-2005**	Sitio web: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: **1-800-694-3084** Correo electrónico: HHSHIPPProgram@mt.gov
NEBRASKA: MEDICAID	**NEVADA: MEDICAID**
Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: **1-855-632-7633** Lincoln: **402-473-7000** Omaha: **402-595-1178**	Sitio web de Medicaid: http://dhcfp.nv.gov Teléfono de Medicaid: **1-800-992-0900**
NUEVO HAMPSHIRE: MEDICAID	**NUEVA JERSEY: MEDICAID Y CHIP**
Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Teléfono: **603-271-5218** Número gratuito para el programa HIPP**:** **1-800-852-3345**, ext. 15218 Correo electrónico: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov	Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Teléfono: **1-800-356-1561** Teléfono de asistencia para el pago de primas de CHIP: **609-631-2392** Sitio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: **1-800-701-0710** (TTY: 711)

NUEVA YORK: MEDICAID	CAROLINA DEL NORTE: MEDICAID
Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: **1-800-541-2831**	Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov/ Teléfono: **919-855-4100**
DAKOTA DEL NORTE: MEDICAID	**OKLAHOMA: MEDICAID Y CHIP**
Sitio web: https://www.hhs.nd.gov/healthcare Teléfono: **1-844-854-4825**	Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: **1-888-365-3742**
OREGÓN: MEDICAID Y CHIP	**PENSILVANIA: MEDICAID Y CHIP**
Sitio web: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx Teléfono: **1-800-699-9075**	Sitio web: https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html Teléfono: **1-800-692-7462** Sitio web de CHIP: Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) (pa.gov) Teléfono de CHIP: **1-800-986-KIDS** (5437)
RHODE ISLAND: MEDICAID Y	**CAROLINA DEL SUR: MEDICAID**
Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: **1-855-697-4347**, o **401-462-0311** (Línea directa RIte Share)	Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: **1-888-549-0820**
DAKOTA DEL SUR: MEDICAID	**TEXAS: MEDICAID**
Sitio web: http://dss.sd.gov Teléfono: **1-888-828-0059**	Sitio web: Programa de Pago de Primas de Seguro de Salud (HIPP) | Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas Teléfono: **1-800-440-0493**
UTAH: MEDICAID Y CHIP	**VERMONT: MEDICAID**
Sitio web de la Asociación de primas para seguros de salud (UPP) de WeUtah: https://medicaid.utah.gov/upp/ Correo electrónico: upp@utah.gov Teléfono: **1-888-222-2542** Sitio web de Expansión para adultos: https://medicaid.utah.gov/expansion/ Sitio web del Programa de compra de Medicaid de Utah: https://medicaid.utah.gov/buyout-program/ Sitio web de CHIP: https://chip.utah.gov/	Sitio web: Programa de Pago de Primas del Seguro Médico (HIPP) | Departamento de acceso a la salud de Vermont Teléfono: **1-800-250-8427**
VIRGINIA: MEDICAID Y CHIP	**WASHINGTON: MEDICAID**
Sitio web: https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs Teléfono de Medicaid/CHIP: **1-800-432-5924**	Sitio web: https://www.hca.wa.gov/ Teléfono: **1-800-562-3022**
VIRGINIA OCCIDENTAL: MEDICAID Y CHIP	**WISCONSIN: MEDICAID Y CHIP**
Sitio web: https://dhhr.wv.gov/bms/ http://mywvhipp.com/ Teléfono de Medicaid: **304-558-1700** Teléfono gratuito de CHIP: **1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)**	Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: **1-800-362-3002**
WYOMING – MEDICAID	
Sitio web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Teléfono: **1-800-251-1269**	

AVISO DE DERECHOS DE COBRA

Usted recibe este aviso porque recientemente obtuvo cobertura bajo un plan de salud grupal (el Plan). Este aviso contiene información importante sobre su derecho a la cobertura de continuación de COBRA, que es una extensión temporal de la cobertura del Plan. Este aviso explica la cobertura de continuación de COBRA, cuándo podría estar disponible para usted y su familia y qué debe hacer para proteger su derecho a ella. Cuando usted pasa a ser 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 Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) de 1985. La cobertura de continuación de COBRA puede estar disponible para usted y otros familiares cuando finalice de cualquier otra forma la cobertura de salud grupal. Para obtener más información acerca de sus derechos y obligaciones en virtud del Plan y de la legislación federal, deberá revisar la Descripción Resumida del Plan o comunicarse con el Administrador del Plan.

Es posible que disponga de otras opciones al perder cobertura de salud grupal. Por ejemplo, puede resultar elegible para adquirir un plan individual a través del Mercado de Seguros de Salud. Al inscribirse en cobertura a través del Mercado, podría calificar para costos más bajos en sus primas mensuales y costos de bolsillo más bajos. Además, podría calificar para un período de inscripción especial de 30 días en otro plan de salud grupal para el cual fuera elegible (como un plan de cónyuge), incluso si ese plan no aceptase generalmente inscripciones tardías.

¿QUÉ ES LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE COBRA?

La cobertura de continuación de COBRA es una continuación de la cobertura del Plan que de otro modo finalizaría debido a un evento de vida. También se lo conoce como "evento habilitante". Más adelante en el presente aviso se enumeran los 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 ser beneficiarios calificados si la cobertura en virtud del Plan se perdiera debido al evento habilitante. En el marco del Plan, los beneficiarios calificados que elijan la cobertura de continuación de COBRA deben pagar por ella.

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 termina por cualquier motivo que no sea por mala conducta alevosa de su parte.

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

- Fallece su cónyuge;
- Se reducen las horas de trabajo de su cónyuge;
- El empleo de su cónyuge termina por cualquier motivo que no sea por mala conducta alevosa de su parte;
- A su cónyuge le corresponden derechos a los beneficios de Medicare (en virtud de la Parte A, Parte B, o ambas); o
- Usted se divorcia o separa legalmente de su cónyuge.

Sus hijos dependientes pasarán a ser beneficiarios calificados cuando pierdan la cobertura del Plan debido a cualquiera de los siguientes eventos habilitantes:

- Fallece el empleado que es padre-madre de ese dependiente;
- Se reducen las horas de trabajo del empleado que es padre-madre;
- El empleo del empleado que es padre-madre termina por cualquier motivo que no sea por mala conducta alevosa de su parte;
- El empleado que es padre-madre 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 COBRA?

El Plan ofrecerá la cobertura de continuación de COBRA a beneficiarios calificados solo después de que se haya notificado al Administrador del plan sobre la ocurrencia de un evento habilitante. El empleador debe notificar al Administrador del Plan los siguientes eventos habilitantes:

- El cese del empleo o la reducción de las horas de trabajo;
- Fallecimiento del empleado;
- El empleado pasa a tener derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas).

Para todos los demás eventos habilitantes (divorcio o separación legal del empleado y cónyuge o pérdida de elegibilidad de un hijo dependiente para cobertura como hijo dependiente), usted debe notificar al Administrador del Plan dentro de los 60 días del evento habilitante. Puede notificarnos comunicándose con el Centro de Beneficios de Trinity al 1-888-765-5367 o escribiendo a Trinity_Benefits@trin.net.

¿CÓMO SE PROPORCIONA LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE COBRA?

Una vez que el Administrador del plan reciba aviso sobre un evento habilitante, se ofrecerá la continuación de cobertura 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 cobertura que suele durar 18 meses debido al cese de empleo o la reducción de las horas de trabajo.

Ciertos eventos habilitantes, o un segundo evento habilitante durante el período de cobertura inicial, podrían 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:

EXTENSIÓN POR DISCAPACIDAD DEL PERÍODO DE 18 MESES DE LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN

Si la Administración del Seguro Social determina que usted o cualquier integrante de su familia cubierto por el Plan sufre una discapacidad y usted notifica al Administrador del Plan de forma oportuna, usted y toda su familia podrían tener derecho a recibir hasta 11 meses adicionales 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 al menos hasta el final del período de 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA.

La notificación de una determinación de discapacidad por parte de la Administración del Seguro Social debe hacerse comunicándose con el Centro de Beneficios de Trinity al 1-888-765-5367.

El aviso de la determinación de discapacidad debe proporcionarse en un plazo de 60 días a partir de la última de las siguientes fechas: (1) la fecha de la determinación de discapacidad por parte de la Administración del Seguro Social, (2) la fecha en la que finalizó el empleo del empleado cubierto o se redujeron sus horas de trabajo, y (3) la fecha en la que el beneficiario calificado pierde (o perdería) la cobertura del Plan como consecuencia de la finalización del empleo del empleado cubierto o de la reducción de sus horas de trabajo. Este aviso también debe proporcionarse a más tardar 18 meses después del cese del empleo del empleado cubierto o de la reducción de las horas de trabajo.

Si no se siguen los procedimientos de notificación del Plan o si usted no notifica a tiempo los eventos indicados, los beneficiarios calificados afectados perderán sus derechos a la extensión de la cobertura COBRA.

EXTENSIÓN POR SEGUNDO EVENTO HABILITANTE DEL PERÍODO DE 18 MESES DE COBERTURA DE CONTINUACIÓN

Si su familia sufre otro evento habilitante durante los 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían tener hasta 18 meses más de cobertura de continuación de COBRA, hasta un máximo de 36 meses, toda vez que el segundo evento habilitante sea correctamente notificado al Plan. Esta extensión podrá estar disponible para el cónyuge y cualquier hijo dependiente que reciba la cobertura de continuación de COBRA si el empleado o el ex empleado falleciera; le correspondieran derechos a beneficios de Medicare (en virtud de la Parte A, Parte B, o ambas); se divorciara o se separara legalmente; o si el hijo dependiente dejara de ser elegible en virtud del Plan como hijo dependiente. Esta extensión solo está disponible si el segundo evento habilitante habría causado que el cónyuge o hijo dependiente perdiera la cobertura en virtud del Plan si no hubiese ocurrido el primer evento habilitante. En todos estos casos, debe asegurarse de que el Administrador del Plan sea notificado del segundo evento habilitante dentro de los 60 días posteriores al mismo, comunicándose con el Centro de Beneficios de Trinity al 1-888-765-5367.

¿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, Medicaid, el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) u otras opciones de cobertura de planes de salud grupales (como el plan de su cónyuge) a través de lo que se denomina un "período de inscripción especial".

Algunas de estas opciones pueden costar menos que la cobertura de continuación de COBRA. Puede obtener más información sobre muchas de estas opciones en **www.healthcare.gov**.

¿Puedo inscribirme en Medicare en lugar de la cobertura de continuación de COBRA después de que termine la cobertura de mi 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 todavía está empleado, después del período de inscripción inicial de Medicare, tiene un período de inscripción especial de 8 meses para inscribirse en la Parte A o B de Medicare, a partir de la primera de las siguientes fechas

- El mes posterior al cese 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 debido al derecho a Medicare, incluso si usted 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 relacionadas con su plan o sus derechos a la cobertura de continuación de COBRA deben dirigirse al contacto o contactos que se indican a continuación. Si desea obtener más información sobre los derechos que le corresponden en virtud de la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados (ERISA), incluyendo COBRA, la Ley de Protección al Paciente y de Atención Médica Asequible y otras leyes que rigen los planes de salud grupales, comuníquese con la Oficina Regional o Distrital más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (EBSA) del Departamento de Trabajo en su área o visite **www.dol.gov/ebsa**. (Las direcciones y los números de teléfono de las Oficinas Regionales y Distritales de la EBSA están disponibles a través del sitio web de la EBSA). Para obtener más información sobre el Mercado, visite **www.HealthCare.gov**.

MANTENGA A SU PLAN INFORMADO DE LOS CAMBIOS DE DIRECCIÓN

Para proteger los derechos de su familia, informe al Administrador del Plan cualquier cambio de domicilio que tengan sus familiares. También debe conservar una copia, para sus registros, de cualquier notificación que envíe al Administrador del plan.

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PLAN

Nombre de la entidad: Trinity Industries, Inc.

Contacto: Trinity Industries, Inc.

Atención: Responsable de Privacidad de HIPAA

14221 N. Dallas Pkwy, Ste. 1100

Dallas, TX 75254

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Este aviso describe cómo se puede utilizar y divulgar su información médica y cómo puede acceder a ella. Por favor, léalo detenidamente.

Este aviso describe:

- CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA
- SUS DERECHOS CON RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA
- CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA RELACIONADA CON UNA VIOLACIÓN DE LA PRIVACIDAD O SEGURIDAD DE SU INFORMACIÓN MÉDICA O DE SUS DERECHOS RELACIONADOS CON SU INFORMACIÓN

USTED TIENE DERECHO A UNA COPIA DE ESTE AVISO (EN PAPEL O EN FORMATO ELECTRÓNICO) Y A COMUNICARSE CON EL DEPARTAMENTO DE BENEFICIOS EN TRINITY_BENEFITS@TRIN.NET SI TIENE ALGUNA PREGUNTA.

Por favor, léalo detenidamente.

SUS DERECHOS

Tiene derecho a:

- Dar su consentimiento para la mayoría de los usos y divulgaciones de su información médica
- Obtener una copia de sus registros médicos y reclamos
- Corregir sus registros médicos y reclamos

- Solicitar comunicación confidencial
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos
- Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información
- Obtener una copia de este aviso de privacidad
- Hablar sobre este aviso con alguien de nuestro programa
- Elegir a alguien para que actúe en su nombre
- Presentar una queja si considera que se han vulnerado sus derechos de privacidad

SUS OPCIONES

Usted tiene algunas opciones con respecto a la forma en que utilizamos y compartimos la información al:

- Responder preguntas sobre cobertura de su familia y amigos
- Proporcionar socorro en casos de desastre
- Comercializar nuestros servicios y vender su información

NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES

Podremos utilizar y compartir su información para:

- Ayudar a administrar el tratamiento de atención médica que recibe
- Dirigir nuestra organización
- Pagar sus servicios de salud
- Administrar su plan de salud
- Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad
- Investigar
- Cumplir la ley
- Responder solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un médico forense o director de funeraria
- Atender asuntos relacionados con la compensación laboral, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales
- Responder a demandas o acciones legales
- En estas circunstancias, debemos proteger su información y limitar la forma en que la utilizamos y compartimos.

SUS DERECHOS

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos. En esta sección se explican sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

Obtener una copia de los registros de salud y reclamos

- Usted puede solicitar ver u obtener una copia de sus registros de salud y reclamos, así como de otra información médica que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de sus registros de salud y reclamos, normalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable en función de los costos.

Solicitarnos que corrijamos sus registros médicos y reclamos

- Puede solicitarnos que corrijamos sus registros médicos y reclamos si considera que son incorrectos o están incompletos. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Es posible que rechacemos su solicitud, pero le diremos el motivo por escrito dentro de 60 días.
- Solicitar comunicaciones confidenciales
- Puede solicitar que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, al teléfono de su casa o de su oficina) o que le enviemos correspondencia a una dirección diferente.
- Consideraremos todas las solicitudes razonables y debemos aceptar si nos indica que correría peligro si no lo hiciéramos

Solicitar que limitemos lo que usamos o compartimos

- Puede solicitarnos que no utilicemos ni compartamos cierta información médica para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica después de haber dado su consentimiento para todos esos fines.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos rechazarla si, por ejemplo, esta pudiera afectar a su atención. Si aceptamos su solicitud, aún podríamos compartir esta información en caso de que necesite tratamiento de emergencia.

Obtener una lista de las personas con las cuales hemos compartido la información

- Puede solicitar una lista (un recuento) de las ocasiones en que hemos compartido su información médica durante los seis años anteriores a la fecha de su solicitud, así como con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas relacionadas con tratamiento, pagos y operaciones de atención médica, y ciertas otras divulgaciones (como cualquiera que usted nos haya solicitado hacer). Proporcionaremos un recuento por año de manera gratuita, pero cobraremos una tarifa razonable con base en los costos si usted solicita otra antes de que transcurran 12 meses.

Obtener una copia de este aviso de privacidad

Usted puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha accedido a recibirlo electrónicamente. Le proporcionaremos una copia impresa tan pronto como la solicite.

Hablar sobre este aviso con alguien de nuestro programa

Puede hacer preguntas u obtener más información sobre este aviso y nuestras prácticas de privacidad llamando o enviando un correo electrónico a la persona de contacto que figura en la parte superior de este aviso.

Elegir a alguien para que actúe en su nombre

- Si usted le ha dado a alguien un poder notarial médico 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 autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

Presentar una queja si cree que sus derechos han sido violados

- Puede presentar una queja si considera que hemos vulnerado sus derechos, comunicándose con nosotros utilizando la información de la página 1.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

SUS OPCIONES

Para cierta información médica, puede decirnos sus opciones respecto a lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara sobre la manera en que debemos compartir su información en las situaciones descritas a continuación, comuníquese con nosotros. Díganos qué desea que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

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

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos o otras personas involucradas en el pago de su cuidado
- Compartamos información en una situación de ayuda en caso de catástrofes

Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo si está inconsciente, podemos proceder y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podremos compartir su información cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.

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

- Fines de marketing
- Venta de su información

NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES

¿Cómo utilizamos o compartimos habitualmente su información médica?

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

Ayudar a administrar el tratamiento de atención médica que recibe

Podemos utilizar su información médica y compartirla con los profesionales que le están tratando.

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

Dirigir nuestra organización

- Podemos utilizar y divulgar su información para dirigir nuestra organización y comunicarnos con usted cuando sea necesario.
- No podemos utilizar información genética para decidir si le brindaremos cobertura ni para determinar el precio de dicha cobertura. Esto no se aplica a los planes de atención a largo plazo.

Ejemplo: Utilizamos su información médica para desarrollar mejores servicios para usted.

Ejemplo 2: Un médico que le trata por una afección crónica le pregunta a un médico de nuestro programa sobre su estado de salud y los medicamentos que está tomando, por ejemplo, para evitar complicaciones

Pagar sus servicios de salud

Podremos utilizar y divulgar su información médica cuando pagamos por sus servicios de salud.

Ejemplo: Compartimos información sobre usted con su plan dental para coordinar el pago de su trabajo dental.

Administrar su plan

Es posible que divulguemos su información médica al patrocinador de su plan de salud para la administración del plan.

Ejemplo: Su compañía nos contrata para proporcionar un plan de salud y nosotros le proporcionamos a su compañía ciertas estadísticas para explicar las primas que cobramos.

¿De qué otra manera utilizamos o compartimos su información médica?

Se nos permite o exige que compartamos su información de otras maneras, por lo general de manera que contribuya al bien público, como la salud pública y la investigación. Debemos cumplir ciertas condiciones legales antes de poder compartir su información para estos fines. Y, en todos los casos, si disponemos de registros suyos como paciente con un trastorno por consumo de sustancias, sujetos a la normativa 42 CFR, Parte 2, no podemos utilizar ni compartir la información contenida en dichos registros en investigaciones o procedimientos civiles, penales o legislativos en su contra sin (1) su consentimiento o (2) una orden judicial o una citación. Para obtener más información, consulte: https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/guidance-materials-for-consumers/index.html

Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad

Podemos compartir información médica sobre usted en determinadas situaciones, como:

- Prevenir enfermedades
- Ayudar con el retiro de productos
- Informar reacciones adversas a los medicamentos
- Informar supuestos abusos, negligencias o violencia doméstica, solo cuando lo exija la ley aplicable
- Evitar o reducir una amenaza grave a la salud o seguridad de una persona

Para sus emergencias médicas

Podemos utilizar o compartir su información médica con proveedores de atención médica o personal de emergencia cuando sea necesario para proporcionarle tratamiento de emergencia o para responder a una amenaza grave e inmediata para su salud o seguridad, incluso cuando usted no pueda brindar su consentimiento. Esto está permitido en virtud de las normas de la HIPAA para el tratamiento y las divulgaciones de emergencia.

Investigar

Podemos utilizar o compartir su información para investigaciones de salud. Los investigadores no pueden incluir ninguna información que permita identificar al paciente en sus informes sobre la investigación.

Cumplir la ley

Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quiere ver que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

Responder solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un médico forense o director de funeraria

- Podemos compartir información médica sobre usted con organizaciones encargadas de la obtención de órganos.
- Podemos compartir información médica con un médico forense, un examinador médico o un director de funeraria cuando una persona fallece.
- Atender asuntos relacionados con la compensación laboral, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales

Podemos utilizar o compartir su información médica:

- Para reclamos de compensación laboral
- Para fines de aplicación de la ley o con un funcionario de orden público
- Con agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por ley
- Para funciones especiales del gobierno, como las militares, las de seguridad nacional y los servicios de protección presidencial

Procedimientos legales y procesos jurídicos

Podemos utilizar o compartir su información médica según lo permita o exija la ley al responder a procedimientos legales. Esto incluye divulgaciones en respuesta a una orden judicial válida, una orden de registro, una citación u otro proceso legal, de conformidad con las reglas de HIPAA para procedimientos judiciales y administrativos (45 CFR §164.512(e)) y solicitudes de las fuerzas del orden (45 CFR §164.512(f)). Cuando respondemos a solicitudes legales, divulgamos solo la información requerida y cumplimos con todas las condiciones y limitaciones impuestas por HIPAA.

Comunicarse dentro de nuestro programa y con los contratistas

Podemos utilizar y divulgar su información dentro de nuestro plan de salud y con organizaciones que nos ayudan a administrar nuestro programa, incluidos los contratistas y socios comerciales que nos brindan servicios. Estas divulgaciones se producen solo en la medida permitida por la HIPAA para las operaciones de atención médica.

Responder a auditorías y supervisión de programas

Podemos utilizar y compartir su información para la supervisión de salud y las operaciones de atención médica. Esto incluye compartir información con agencias gubernamentales autorizadas por la ley para realizar auditorías, inspecciones y actividades de otorgamiento de licencias, así como con organizaciones acreditadoras para respaldar la acreditación, la evaluación y mejora de la calidad y la evaluación del programa de nuestro plan de salud. Solo compartimos la información mínima necesaria, tal como lo exige la ley.

Divulgación a las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley

Podemos divulgar información a las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley si creemos, de buena fe, que es evidencia de un crimen que ocurrió en nuestras instalaciones o para denunciar ciertos delitos durante una emergencia médica que no ocurrió en nuestras instalaciones. En estas situaciones, solo divulgaremos lo que la ley permita en estos casos.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES

- Estamos obligados a obtener su consentimiento para la mayoría de los usos y la divulgación de su información.
- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produce una violación que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir con las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y le proporcionaremos una copia de este.
- No utilizaremos ni compartiremos información de forma diferente a la descrita aquí a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos da su autorización, podrá cambiar de opinión en cualquier momento. Infórmenos por escrito si cambia de opinión.

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

Con su consentimiento por escrito (42 CFR Parte 2)

Si usted proporciona su consentimiento por escrito, podemos utilizar o divulgar su información sobre el trastorno por consumo de sustancias (SUD) de las siguientes maneras:

- A la persona u organización que usted nombre en su consentimiento.
- La Parte 2 le permite decidir quién puede recibir su información sobre SUD mediante un consentimiento por escrito.
- Para evitar múltiples inscripciones en programas de tratamiento de abstinencia o de mantenimiento
- La Parte 2 permite divulgaciones para este propósito cuando usted lo autorice con su consentimiento o según lo permita la ley.
- Para informar sobre los medicamentos con receta para el tratamiento por SUD a un Programa estatal de monitoreo de medicamentos con receta cuando así lo exija la ley.

La Parte 2 permite este tipo de divulgación solo cuando una ley estatal exige dicha presentación de informes.

Protecciones adicionales para la información sobre SUD (42 CFR Parte 2)

Para los registros relacionados con el tratamiento del trastorno por uso de sustancias (SUD), no divulgaremos su información en ningún procedimiento civil, penal, administrativo o legislativo sin su consentimiento por escrito o una orden judicial que cumpla con los requisitos de 42 CFR Parte 2.

Responder a auditorías y supervisión de programas

Para los registros de trastornos por consumo de sustancias (SUD) protegidos por 42 CFR Parte 2, las organizaciones que realizan auditorías o evaluaciones deben comprometerse por escrito a no volver a divulgar su información y deben destruir o devolver la información de identificación cuando la auditoría o evaluación esté completa.

Normas para la nueva divulgación de información sobre trastornos por consumo de sustancias (SUD)

Si nos autoriza a divulgar sus registros de SUD a otros proveedores de atención médica o planes de salud para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, dichos destinatarios podrán volver a divulgar su información según lo permita la Regla de Privacidad de HIPAA. Sin embargo, su información sobre SUD no podrá ser utilizada ni divulgada en ningún procedimiento civil, penal, administrativo o legislativo en su contra sin su consentimiento por escrito o una orden judicial que cumpla con los requisitos de 42 CFR Parte 2.

Incluiremos el aviso requerido de la Parte 2 que prohíbe la nueva divulgación no autorizada con cada divulgación de información sobre SUD.

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 previa solicitud, en nuestro sitio web y le enviaremos una copia por correo.

Fecha de entrada en vigencia: 1/1/2027

Contacto: Trinity Industries, Inc.

Atención: Responsable de Privacidad de HIPAA

14221 N. Dallas Pkwy, Ste. 1100

Dallas, TX 75254

AVISO DE COBERTURA ACREDITABLE DE LA PARTE D DE MEDICARE

Aviso importante de Trinity sobre su cobertura de medicamentos con receta y Medicare

El objetivo principal de este aviso es informarle que se espera que la cobertura de medicamentos con receta que tiene en su plan de medicamentos de Trinity pague, en promedio, al menos lo mismo que pagará la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare en 2026 (Esto se conoce como "cobertura acreditable"). La razón por la que esto es importante es que si usted o un dependiente cubierto son o se vuelven elegibles para Medicare y deciden inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare durante un Período de Inscripción Anual posterior, no estarán sujetos a un recargo por inscripción tardía siempre y cuando hayan tenido una cobertura acreditable dentro de los 63 días de su inscripción en el plan de medicamentos con receta de Medicare. Debe conservar este aviso junto a sus documentos importantes.

Aviso de cobertura acreditable

Lea atentamente este aviso. Este aviso contiene información sobre su actual cobertura de medicamentos con receta con Trinity y la cobertura de medicamentos con receta disponible para las personas con Medicare. También le indica dónde encontrar más información para ayudarle a tomar decisiones sobre la cobertura de sus medicamentos con receta.

1. **La cobertura de medicamentos con receta de Medicare está disponible para todas las personas con Medicare.**
2. **Trinity ha determinado que la cobertura de medicamentos con receta ofrecida por cada opción de cobertura de seguro médico, en promedio para todos los participantes del Plan, se espera que pague tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare pagará en 2027.**
3. **Lea atentamente este aviso: Le explica las opciones que tiene en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y puede ayudarle a decidir si quiere o no inscribirse.**

La cobertura de medicamentos con receta está disponible para todas las personas con Medicare a través de los planes de medicamentos con receta de Medicare. Todos los planes de medicamentos con receta de Medicare proporcionarán al menos un nivel de cobertura estándar establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura a cambio de una prima mensual más alta.

Si está cubierto por uno de los planes de medicamentos con receta, su cobertura actual es, en promedio, al menos tan buena como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare en 2027. Por lo tanto, si usted es o llega a ser elegible para Medicare, puede mantener esta cobertura y no pagar extra si más tarde decide inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare.

Los participantes de Medicare pueden inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Sin embargo, como ya tiene una cobertura de medicamentos con receta que, en promedio, es tan buena como la de Medicare, puede optar por mantener esa cobertura e inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare más adelante. A partir de entonces, cada año tendrá la oportunidad de inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare, también puede continuar con la cobertura del Plan. El Plan seguirá pagando como cobertura primaria o secundaria, como lo hacía antes de que usted se inscribiera en un plan de medicamentos con receta de Medicare. También puede abandonar la cobertura del Plan, en cuyo caso Medicare será su único pagador. Puede volver a inscribirse en el Plan durante el período de Inscripción anual o si tiene un evento de inscripción especial.

En este momento, Trinity planea continuar, para 2027, con su oferta de planes de medicamentos con receta disponibles para las personas elegibles para Medicare.

Debe saber que si abandona o pierde su cobertura con Trinity y no se inscribe rápidamente en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare después de que termine su cobertura actual, puede pagar más para inscribirse en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare más adelante. Si pasa 63 días o más sin una cobertura de medicamentos con receta que sea al menos tan buena como la de Medicare, su prima mensual subirá al menos un 1% al mes por cada mes que no haya tenido esa cobertura.

Aviso de cobertura acreditable

Lea atentamente este aviso. Este aviso contiene información sobre su actual cobertura de medicamentos con receta con Trinity y la cobertura de medicamentos con receta disponible para las personas con Medicare. También le indica dónde encontrar más información para ayudarle a tomar decisiones sobre la cobertura de sus medicamentos con receta.

1. **La cobertura de medicamentos con receta de Medicare está disponible para todas las personas con Medicare.**
2. **Trinity ha determinado que la cobertura de medicamentos con receta ofrecida por cada opción de cobertura de seguro médico, en promedio para todos los participantes del Plan, se espera que pague tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare pagará en 2027.**
3. **Lea atentamente este aviso: Le explica las opciones que tiene en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y puede ayudarle a decidir si quiere o no inscribirse.**

La cobertura de medicamentos con receta está disponible para todas las personas con Medicare a través de los planes de medicamentos con receta de Medicare. Todos los planes de medicamentos con receta de Medicare proporcionarán al menos un nivel de cobertura estándar establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura a cambio de una prima mensual más alta.

Si está cubierto por uno de los planes de medicamentos con receta, su cobertura actual es, en promedio, al menos tan buena como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare en 2027. Por lo tanto, si usted es o llega a ser elegible para Medicare, puede mantener esta cobertura y no pagar extra si más tarde decide inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare.

Los participantes de Medicare pueden inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Sin embargo, como ya tiene una cobertura de medicamentos con receta que, en promedio, es tan buena como la de Medicare, puede optar por mantener esa cobertura e inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare más adelante. A partir de entonces, cada año tendrá la oportunidad de inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare, también puede continuar con la cobertura del Plan. El Plan seguirá pagando como cobertura primaria o secundaria, como lo hacía antes de que usted se inscribiera en un plan de medicamentos con receta de Medicare. También puede abandonar la cobertura del Plan, en cuyo caso Medicare será su único pagador. Puede volver a inscribirse en el Plan durante el período de Inscripción anual o si tiene un evento de inscripción especial.

En este momento, Trinity planea continuar, para 2027, con su oferta de planes de medicamentos con receta disponibles para las personas elegibles para Medicare.

Debe saber que si abandona o pierde su cobertura con Trinity y no se inscribe rápidamente en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare después de que termine su cobertura actual, puede pagar más para inscribirse en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare más adelante. Si pasa 63 días o más sin una cobertura de medicamentos con receta que sea al menos tan buena como la de Medicare, su prima mensual subirá al menos un 1% al mes por cada mes que no haya tenido esa cobertura.

Por ejemplo, si usted pasa diecinueve meses sin cobertura, la prima de su plan de medicamentos con receta de Medicare siempre será al menos un 19% más alta que lo que paga la mayoría de las demás personas. Tendrá que pagar esta prima más alta mientras tenga la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Además, es posible que tenga que esperar hasta el próximo mes de octubre para inscribirse. Sin embargo, si pierde involuntariamente una cobertura de medicamentos con receta acreditable, será elegible para un Período de inscripción especial (SEP) de dos meses para inscribirse en un plan de la Parte D.

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

En el manual "Medicare & You" encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos con receta. Los participantes de Medicare recibirán una copia del manual por correo de Medicare. También es posible que los planes de medicamentos con receta de Medicare se pongan en contacto con usted directamente.

Puede obtener más información sobre los planes de medicamentos con receta de Medicare:

- Visite **www.medicare.gov** para obtener ayuda personalizada.
- Llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte su copia del manual Medicare & You para obtener el número de teléfono).
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Las personas con ingresos y recursos limitados disponen de ayuda adicional para pagar un plan de medicamentos con receta de Medicare. La información sobre esta ayuda adicional está disponible en línea en la Administración del Seguro Social ("SSA") en **www.socialsecurity.gov** o llámelos al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Recibirá este aviso cada año, y lo recibirá antes del próximo período en que pueda inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y si esta cobertura a través de Trinity cambia. También, puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Recuerde: Conserve este aviso. Si se inscribe en uno de los planes aprobados por Medicare, que ofrecen cobertura de medicamentos con receta, es posible que tenga que entregar una copia de este aviso cuando se inscriba para demostrar que no está obligado a pagar una prima más alta.

NÚMEROS DEL SEGURO SOCIAL GENERALMENTE REQUERIDOS PARA LA INSCRIPCIÓN

En virtud del artículo 111 de la Ley de Extensión de Medicare, Medicaid y SCHIP de 2007 ("MMSEA"), los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid ("CMS") generalmente exigen los números de seguro social de los empleados y sus dependientes para facilitar la presentación de informes conforme a los requisitos del Pagador Secundario de Medicare. Por lo tanto, cuando se inscriba en el Plan, se le pedirá que proporcione los números del seguro social de usted y de los dependientes que desee inscribir para ayudarnos a cumplir este requisito. Si no dispone de los números del seguro social de alguno de sus dependientes, deberá ponerse en contacto con el Centro de beneficios de Trinity para obtener instrucciones adicionales.

LEY DE LICENCIAS FAMILIARES Y MÉDICAS

Si se encuentra de licencia cubierta por la Ley de Licencias Familiares y Médicas de 1993 ("FMLA"), puede seguir participando y recibiendo la cobertura de salud del Plan durante la licencia si se cumplen las siguientes condiciones:

- Su licencia ha sido aprobada por escrito por el empleador, y
- cualquier aporte requerido para el costo de su cobertura es pagada por usted cuando se debe.
- Cuando se reincorpore al trabajo, los atrasos por primas no pagadas se descontarán de su cheque de pago.

Puede seguir recibiendo la cobertura de salud del Plan hasta que finalice el período de licencia exigido por la FMLA. Si cancela su cobertura mientras se encuentra en una licencia aprobada por la FMLA y regresa al trabajo como empleado elegible inmediatamente después de finalizar dicha licencia (o su permiso aprobado que incluya una licencia aprobada conforme a la FMLA), tiene derecho a que se restablezca su participación tan pronto como se reincorpore al trabajo durante un día completo.

Si no se reincorpora al trabajo después de una licencia aprobada por la FMLA, usted (y su cónyuge e hijos dependientes, si los hay) puede ser elegible para la cobertura de continuación de COBRA a partir de la fecha en que terminó su empleo en Trinity. Para obtener más información, comuníquese con el Centro de beneficios de Trinity al 1-888-765- 5367.

LEY DE DERECHOS DE EMPLEO Y REEMPLEO DE LOS SERVICIOS UNIFORMADOS DE 1994 ("USERRA")

Si sirve voluntaria o involuntariamente en los servicios uniformados de los Estados Unidos durante un período de cinco años o menos mientras es un empleado elegible, su cobertura médica, dental y/o de visión y la de sus dependientes cubiertos puede continuar automáticamente hasta 24 meses, siempre que usted o sus dependientes paguen el costo de la cobertura. Puede optar por finalizar la cobertura de continuación en cualquier momento. Durante el primer mes, el costo se basa en la tarifa de empleado activo y, después del primer mes, es el 102% de la prima completa (prima más el 2% de gastos administrativos).

Esta disposición se aplica a:

- Empleados en servicio activo en las Fuerzas Armadas de EE. UU.,
- Empleados en servicio activo para entrenamiento en las Fuerzas Armadas de EE. UU.,
- Empleados en servicio activo inicial para entrenamiento y entrenamiento en servicio inactivo en las Fuerzas Armadas de EE. UU. (incluidos los componentes de la Reserva), la Guardia Nacional del Ejército o Aérea y el cuerpo de oficiales comisionados del Servicio de Salud Pública, así como el servicio activo a tiempo completo en la Guardia Nacional, y
- Ausencias necesarias para determinar la aptitud del empleado para el servicio uniformado.

Si sigue de licencia después de 24 meses, usted y sus dependientes pueden tener derecho a continuar la cobertura en virtud de COBRA.

La cobertura finalizará si se le da de baja del servicio militar en condiciones que no sean honorables o si se le despide o se le da de baja en condiciones que impliquen la pérdida de derechos de reempleo según la ley.

Si usted o sus dependientes están cubiertos por TRI-CARE, cualquier plan no coordinará los beneficios.

DERECHOS ESPECIALES DE INSCRIPCIÓN

Se le proporciona este aviso para asegurarse de que comprenda su derecho a solicitar una cobertura de salud grupal. Debe leer este aviso incluso si planea renunciar a la cobertura de salud en este momento.

PÉRDIDA DE OTRA COBERTURA

Si rechaza la cobertura para usted o sus dependientes (incluyendo a su cónyuge) debido a la cobertura de otro seguro de salud o plan de salud grupal, es posible que pueda inscribirse usted y a sus dependientes 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 a la de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores a la finalización de su cobertura o la de sus dependientes (o posteriores a la fecha en que el empleador deje de hacer 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 deja de trabajar. Si notifica a su empleador dentro de los 30 días posteriores a la fecha de finalización de la cobertura, es posible que usted y sus dependientes elegibles puedan solicitar cobertura en virtud de este Plan.

MATRIMONIO, NACIMIENTO O ADOPCIÓN

Si tiene un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, podrá inscribirse usted y a sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento o colocación para adopción.

Ejemplo: Cuando fue contratado, era soltero y decidió no elegir los beneficios del seguro de salud. Un año después, contrae matrimonio. Usted y sus dependientes elegibles tienen derecho a inscribirse en este Plan. Sin embargo, debe solicitarlo dentro de los 30 días a partir de la fecha de su matrimonio.

MEDICAID O CHIP

Si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para la cobertura bajo Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP), o se vuelven elegibles para un subsidio de asistencia para el pago de primas bajo Medicaid o CHIP, es posible que usted y sus dependientes puedan inscribirse. Para ello, deberá 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 recibir un subsidio de asistencia para el pago de primas.

Ejemplo: Cuando le contrataron, sus hijos recibían cobertura de salud de CHIP y usted no los inscribió en este Plan. Debido a los cambios en sus ingresos, sus hijos ya no son elegibles para la cobertura de CHIP. Es posible que pueda inscribirlos en este plan si presenta la solicitud dentro de los 60 días posteriores a la fecha en que perdieron la cobertura de CHIP.

PARA MÁS INFORMACIÓN O ASISTENCIA

Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, póngase en contacto con: Trinity_Benefits@trin.net.

LEY DE DERECHOS DE SALUD Y CÁNCER DE LA MUJER

El Plan, tal como lo exige la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer de 1998, proporciona beneficios relacionados con la mastectomía; la cobertura se determinará de acuerdo con el criterio del médico tratante y la paciente. Esto incluye todos los estados de la reconstrucción de la mama en la que se ha realizado la mastectomía, la cirugía y la reconstrucción de la otra mama para producir un aspecto simétrico, las prótesis y el tratamiento de las complicaciones físicas relacionadas con todas las fases de la mastectomía (incluidos los linfedemas). Estos beneficios relacionados con la mastectomía están sujetos a las mismas reglas de deducibles y coseguros anuales que se aplican a otros beneficios médicos y quirúrgicos. Para obtener más información, llame a la compañía de seguros médicos en la que está inscrito al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación del plan médico.

AVISO SOBRE LA LEY DE PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LA MADRE Y EL RECIÉN NACIDO

Por lo general, la ley federal prohíbe que el Plan restrinja los beneficios correspondientes a una hospitalización relacionada con el parto de la madre o del recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal o a menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal no prohíbe, en general, que el médico que atiende a la madre o al recién nacido, tras consultar con la madre, dé el alta a la madre y al recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según el caso). En cualquier caso, el Plan no puede, según la ley federal, exigir que un proveedor obtenga la autorización del Plan para prescribir una estancia que no supere las 48 horas (o 96 horas).

IGUALDAD EN SALUD MENTAL

Excepto en circunstancias limitadas, la ley federal exige que cualquier cobertura de atención de salud mental proporcionada por un plan de salud grupal sea generalmente similar a la cobertura disponible para otros tipos de enfermedades. En particular:

- Los requisitos financieros (por ejemplo, deducibles y copagos) y las limitaciones del tratamiento
- (por ejemplo, número de visitas o días de cobertura) que se aplican a los beneficios de salud mental y abuso de sustancias no deben ser más restrictivos que los requisitos financieros predominantes o las limitaciones de tratamiento que se aplican a prácticamente todos los beneficios médicos/quirúrgicos;
- Los beneficios de salud mental y los beneficios por abuso de sustancias pueden no estar sujetos a ningún requisito de costo compartido ni a limitaciones de tratamiento separados que solo se apliquen a dichos beneficios.
- Los beneficios de salud mental y abuso de sustancias fuera de la red deben estar generalmente disponibles para las personas cubiertas;
- Las normas para la determinación de la necesidad médica y los motivos de cualquier denegación de beneficios relacionados con los beneficios de salud mental y abuso de sustancias deben ponerse a disposición de los participantes en el plan que lo soliciten; y
- Los requisitos impuestos por la Ley de Paridad en Salud Mental de 1996 (relativos a los límites anuales y vitalicios en dólares) continuarán y se ampliarán a los beneficios por abuso de sustancias.

De acuerdo con los requisitos de la Ley de Paridad en Salud Mental y Equidad de Adicciones de 2008 y sus reglamentos relacionados, si se solicita, el Plan (o la compañía de seguros aplicable) proporcionará una copia de cualquier criterio utilizado para hacer determinaciones de necesidad médica con respecto a los beneficios de salud mental o trastornos por abuso de sustancias. En caso de que se deniegue su solicitud de beneficios de salud mental o de trastornos por abuso de sustancias, el Plan o la compañía de seguros correspondiente le proporcionarán una explicación de la denegación.

ORDEN DE MANUTENCIÓN MÉDICA CALIFICADA ("QMCSO")

Tras la recepción de una Orden de Manutención Médica Calificada ("QMCSO"), Trinity seguirá los procedimientos establecidos para la revisión y aplicación de dichas órdenes con respecto a la cobertura del Plan.

Al recibir una Notificación Nacional de Manutención Médica debidamente completada y emitida por un organismo estatal de ejecución de la manutención de los hijos (Organismo Emisor), la notificación será tratada como una QMCSO. Si Trinity no puede cumplir con la notificación por una de las razones permitidas, Trinity completará el formulario de respuesta del empleador incluido en la parte A de la notificación, especificando la razón o razones por las que no puede cumplirla e informará a la agencia emisora.

Si Trinity puede cumplir con la notificación, entonces enviará una copia de la parte B de la notificación (formulario de respuesta del administrador del plan) al administrador del plan dentro de los 20 días hábiles siguientes a la fecha de la misma. El Administrador del plan completará el formulario de respuesta del administrador del plan para informar al empleador y al organismo emisor si la notificación es una QMCSO. Si se determina que la notificación no es una QMSCO, el administrador del plan especificará los motivos y notificará este hecho al organismo emisor y

a las partes afectadas. Si se determina que la notificación es una QMCSO, el administrador del plan proporcionará la fecha de entrada en vigencia de la inscripción del niño en el programa de beneficios de atención médica, si se aplica algún período de espera y qué aporte del empleado es necesario para la cobertura.

DERECHOS EN VIRTUD DE LA LEY DE NO DISCRIMINACIÓN POR INFORMACIÓN GENÉTICA DE 2008 ("GINA")

Trinity cumple con la GINA y, por lo tanto, no:

- Aumenta los montos de las primas o aportes grupales en función de la información genética;
- Solicita ni exige a una persona o a los familiares que se sometan a pruebas genéticas; o
- Solicita, requiere o compra información genética antes o en relación con la inscripción o en cualquier momento con fines de suscripción.

"Información genética" es la información sobre (1) las pruebas genéticas de una persona; (2) las pruebas genéticas de los familiares de una persona; (3) la manifestación de una enfermedad o trastorno en los familiares de la persona; o (4) cualquier solicitud o recepción de información genética por parte de la persona o de los familiares. La información genética no incluye los análisis de sangre que no están diseñados para obtener información relativa a genotipos, mutaciones o cambios cromosómicos; los análisis de colesterol; o la información sobre la edad o el sexo de una persona o familiar.

PROGRAMA DE BIENESTAR Y AVISO DE ALTERNATIVAS RAZONABLES

El programa de bienestar de Trinity 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 del 2008 y la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros de Salud, según corresponda, entre otras.

El programa de bienestar de Trinity incluye tres actividades voluntarias, cada una de las cuales se centra en diferentes áreas de mejora de la salud y tiene diferentes recompensas por participar. Estas actividades son independientes, usted (y su cónyuge, si es elegible) puede elegir qué programas le gustaría completar.

Actividad 1 - Programa para dejar de fumar

El Plan cuenta con tarifas de tabaco y no tabaco, salvo que lo prohíba un convenio colectivo. Se le considera consumidor de tabaco si consume cigarrillos, puros, tabaco de mascar, tabaco de pipa, tabaco sin humo, vapor y cigarrillos electrónicos u otros productos del tabaco en cualquier cantidad (incluido el uso social diario y ocasional).

1. Si certifica que usted y su cónyuge (si está inscrito) no han consumido ningún producto del tabaco en los últimos seis meses, podrá acogerse a las tarifas de no consumidores de tabaco para la cobertura médica.
   - Durante el año del Plan, si usted y/o su cónyuge inscrito comienzan a consumir productos del tabaco, dejarán de ser elegibles para las tarifas sin tabaco y deberán informar inmediatamente de este cambio al Centro de beneficios de Trinity al 1-888-765-5367.
2. Si certifica que usted o su cónyuge (si está inscrito) han consumido productos del tabaco en los últimos seis meses, calificará para las tarifas para consumidores de tabaco en la cobertura médica.
   - Si usted o su cónyuge dejan de consumir tabaco durante el año del Plan, podrán acogerse a las tarifas para no consumidores de tabaco con carácter retroactivo al inicio del año.
     - Llame al Centro de beneficios de Trinity al 1-888-765-5367 y siga las instrucciones para acceder a Nómina y Beneficios adicionales, y luego a Dejar de Fumar.
   - Si usted o su cónyuge no pueden dejar de consumir tabaco por su cuenta, pueden inscribirse en el Programa Quit for Life para recibir ayuda para dejar de fumar.
     - Comuníquese con un asesor para dejar de fumar llamando al Centro de beneficios de Trinity al 1-888-765-5367 y siga las instrucciones para acceder a Nómina y Beneficios adicionales, y luego a Dejar de Fumar.
   - Al completar cinco llamadas telefónicas con un Quit Coach, calificará para las tarifas para no consumidores de tabaco con carácter retroactivo a principios de año. Llame al Centro de beneficios Trinity al 1-888-765-5367 y siga las indicaciones para acceder a Nómina y Beneficios adicionales, y luego a Dejar de Fumar.

Actividad 2 - Examen biométrico y análisis de sangre

Trinity ofrece exámenes biométricos gratuitos a todos los empleados elegibles, independientemente de su inscripción en el plan médico. Si decide participar, el examen biométrico incluirá un análisis de sangre para detectar los factores de riesgo del síndrome metabólico, entre ellos: Altura, peso, presión arterial, IMC, perímetro de la cintura, triglicéridos, colesterol y glucosa. No es obligatorio participar en el examen biométrico ni en el análisis de sangre.

Norma alternativa

Si no puede participar en ninguna de las actividades voluntarias relacionadas con la salud ni lograr ninguno de los resultados de salud necesarios para ganar un incentivo, es posible que tenga derecho a una adaptación razonable o una norma alternativa. Puede solicitar una adaptación razonable o una norma alternativa comunicándose con el Centro de beneficios de Trinity al 1-888-765-5367.

Otros servicios

La información de su examen de atención preventiva y/o pruebas de detección y los resultados de su examen biométrico se utilizarán para proporcionarle información que le ayude a comprender su salud actual y los riesgos potenciales y también se pueden utilizar para ofrecerle servicios a través del programa de bienestar, como Catapult Health. También se le sugiere que comparta los resultados o dudas con su médico.

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 Trinity pueden utilizar la información agregada que recoge para diseñar un programa basado en los riesgos de salud identificados en el lugar de trabajo, Trinity Industries nunca revelará ninguna de sus informaciones personales, 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 el fin de prestarle servicios como parte del programa de bienestar cumplirá con los mismos requisitos de confidencialidad. La(s) única(s) persona(s) que recibirá(n) su información médica personalmente identificable es (son) el(los) enfermero(s) titulado(s) o entrenador(es) de salud con el fin de prestarle servicios en el marco del programa de bienestar.

Además, toda la información médica obtenida a través del programa de bienestar se mantendrá separada de sus expedientes personales, la información almacenada electrónicamente estará codificada y ninguna información que usted proporcione como parte del programa de bienestar se utilizará para tomar ninguna decisión de empleo.

Se tomarán las precauciones adecuadas para evitar
cualquier violación de datos y, en caso de que se produzca una violación de datos que involucre la información que usted proporcione en relación con el programa de bienestar, le notificaremos de inmediato.

No se le puede discriminar en el empleo por la información médica que proporcione como parte de su participación en el programa de bienestar, ni tampoco puede ser objeto de represalias si decide no participar.

Alternativas razonables

El programa de bienestar de Trinity se compromete a ayudarle a conseguir una mejor salud. Todos los empleados y cónyuges elegibles podrán obtener recompensas por participar en una o en todas las actividades relacionadas con la salud. Si cree que no puede cumplir una norma para obtener una recompensa en el marco del programa de bienestar de Trinity, podría tener la oportunidad de ganar la misma recompensa por otros medios. Comuníquese con el Centro de beneficios de Trinity al 1-888-765-5367 y trabajaremos con usted (y si lo desea, con su médico) para encontrar una actividad del programa de bienestar con la misma recompensa que sea adecuada para usted en función de su estado de salud.

Si tiene preguntas o inquietudes con respecto a este aviso, o sobre la protección contra la discriminación y las represalias, comuníquese con el Centro de beneficios de Trinity al 1-888-765-5367.

SUS DERECHOS Y PROTECCIONES FRENTE A FACTURAS MÉDICAS SORPRESA

Cuando recibe atención de emergencia o es atendido por un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio de la red, está protegido de la facturación sorpresa o facturación de saldo.

¿A qué se llama "facturación de saldo" (a veces llamada "facturación sorpresa")?

Cuando acude a un médico u otro proveedor de atención médica, es posible que tenga que pagar ciertos costos de bolsillo como un copago, coseguro y/o deducible. Usted también podría tener otros costos o tener que pagar toda la factura si acude a un proveedor o a un centro de atención médica que no está en la red de su plan de salud.

"Fuera de la red" describe a proveedores y centros que no tienen un contrato firmado con su plan de salud. Los proveedores fuera de la red podrían tener permitido facturarle la diferencia entre lo que su plan acordó pagar y el monto completo que le cobren por un servicio. Esto se llama **"facturación de saldo".** Este monto es probablemente superior a los costos dentro de la red por el mismo servicio y podría no contar para su límite anual de gastos de bolsillo.

"Facturación sorpresa" significa la factura inesperada de un saldo. Esto puede ocurrir cuando no puede controlar quién interviene en su atención, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una visita en un centro dentro de la red, pero es atendido inesperadamente por un proveedor fuera de la red.

Usted está protegido de la facturación de saldo para:

Servicios de emergencia

Si tiene una emergencia médica y recibe servicios de emergencia de un proveedor o centro fuera de la red, lo máximo que el proveedor o centro puede facturarle es el monto de la participación en los gastos dentro de la red de su plan (como copagos y coseguros). No le pueden facturar ningún saldo por estos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que pueda recibir después de estar estable, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones para que no se le facturen de forma equilibrada estos servicios posteriores a la estabilización.

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

Cuando recibe servicios de un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, algunos proveedores pueden estar fuera de la red. En estos casos, lo máximo que le podrán facturar esos proveedores es el monto de reparto de costos dentro de la red de su plan. Esto aplica a servicios de medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, asistente de cirujano, hospitalista o intensivista. Estos proveedores no pueden facturarle el saldo y no pueden pedirle que renuncie a sus protecciones para que no le facturen el saldo.

Si recibe otros servicios en estos centros 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.

Nunca se le exigirá que renuncie a su protección de no facturación de saldo. Tampoco se le exigirá que se atienda fuera de la red. Puede elegir un proveedor o centro de la red de su plan.

Cuando no se permita la facturación de saldo, 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 estuvieran dentro de la red). Su plan de salud pagará directamente a los proveedores y centros fuera de la red.

- Su plan de salud en general debe;
    - Cubrir servicios de emergencia sin que usted tenga que obtener aprobación previa para dichos servicios (autorización previa).
    - Cubrir servicios de emergencia a cargo de proveedores fuera de la red.
    - Basar lo que debe al proveedor o centro (costo compartido) en lo que pagaría a un proveedor o centro de la red y mostrar ese monto en su explicación de beneficios.
    - Contar cualquier monto que pague por los servicios de emergencia o por los servicios fuera de la red como parte de su deducible y del límite de gastos de bolsillo.

Si cree que le han facturado incorrectamente, puede comunicarse con el Servicio de asistencia federal de No Surprises al 1-800-985-3059.

Visite **https://www.cms.gov/nosurprises** para obtener más información sobre sus derechos según la ley federal.

Aviso de protección del paciente

Los planes médicos de Trinity Industries, Inc. generalmente permiten la designación de un proveedor de atención primaria. Usted tiene derecho a designar a cualquier proveedor de atención primaria que participe en nuestra red y que esté disponible para aceptarle a usted o a sus familiares.

Para sus hijos, puede designar a un pediatra como proveedor de atención primaria.

No necesita autorización previa de BCBS ni de ninguna otra persona (incluido un proveedor de atención primaria) para acceder a la atención obstétrica o ginecológica de un profesional de atención médica de nuestra red que se especialice en obstetricia o ginecología. Sin embargo, al profesional de atención médica se le puede exigir que cumpla con ciertos procedimientos, incluida la obtención de autorización previa para ciertos servicios, siguiendo un plan de tratamiento preaprobado, o procedimientos para realizar derivaciones. Para obtener una lista de los profesionales de atención médica participantes especializados en obstetricia o ginecología, comuníquese con el Departamento de beneficios de Trinity en Trinity_Benefits@trin.net.

NOTAS


TRINITY INDUSTRIES