

## **OPEN/ANNUAL ENROLLMENT NOTICE AND OTHER COMPLIANCE CONSIDERATIONS (Spanish)**

### **1. Medicare Part D Revised**

#### **Aviso Importante de [Inserte el Nombre de la Entidad] Sobre su Cobertura para Recetas Médicas y Medicare**

Por favor lea este aviso cuidadosamente y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual para recetas médicas con JBS or PPC y sus opciones bajo la cobertura de Medicare para medicamentos recetados. Además, le menciona dónde encontrar más información que le ayude a tomar decisiones sobre su cobertura para medicinas. Si usted está considerando inscribirse, debe comparar su cobertura actual, incluyendo los medicamentos que están cubiertos a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicinas recetadas en su área. Información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados se encuentra al final de este aviso. Hay dos cosas importantes que usted necesita saber sobre su cobertura actual de Medicare y la cobertura de medicamentos recetados:

1. La nueva cobertura de Medicare para recetas médicas está disponible desde el 2006 para todas las personas con Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan de Medicare para Recetas Médicas, o un Plan Medicare Advantage (como un PPO o HMO) que ofrece cobertura para medicamentos recetados. Todos los planes de Medicare para recetas médicas proporcionan por lo menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Además, algunos planes pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.

2. JBS or PPC ha determinado que la cobertura para recetas médicas ofrecida por el PLAN en promedio se espera que pague tanto como lo hará la cobertura estándar de Medicare para recetas médicas para todos los participantes del plan y por lo tanto es considerada Cobertura Acreditable. Debido a que su cobertura actual es Acreditable, usted puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una penalidad), si más tarde decide inscribirse en un plan de Medicare.

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

Usted puede inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos la primera vez que es elegible para Medicare y cada año del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Sin embargo, si pierde su cobertura actual acreditable, y no es su culpa, usted será elegible para dos (2) meses en el Período de Inscripción Especial (SEP) para subscribirse en un Plan Medicare de medicinas.

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

Si decide inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos recetados, su cobertura actual con [Inserte el Nombre de la Entidad] puede [o no puede] ser afectada. [La Entidad que proporciona este aviso de divulgación debe insertar una explicación sobre las provisiones y opciones, bajo el plan de la entidad en particular, que tienen disponibles los individuos con Medicare cuando son elegibles a la Parte D de Medicare (ejemplo, ellos pueden quedarse con la cobertura del plan si escogen la Parte D y este plan coordinará la cobertura con la Parte D de Medicare. La cobertura bajo el plan de la entidad terminará para el individuo y sus dependientes si escogen la cobertura con la Parte D de Medicare). Veá las páginas 7-9 de la Guía CMS "Aviso de Divulgación de la Cobertura Acreditable para los individuos elegibles a la Parte D de Medicare" (disponible por Internet en <http://www.cms.hhs.gov/CreditableCoverage/>, que explica las opciones y provisiones que tienen disponibles bajo el plan de la entidad para los beneficiarios cuando son elegibles a la Parte D.)]

Si cancela su cobertura actual con [Inserte el Nombre de la Entidad] y se inscribe en un plan de Medicare para recetas médicas, puede ser que más adelante ni usted ni sus dependientes puedan JBS or PPC obtener su cobertura de nuevo.

### **¿Cuándo usted pagará una prima más alta (penalidad) para inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos?**

Usted debe saber también que si cancela o pierde su cobertura actual con [Inserte el Nombre de la Entidad] y deja de inscribirse en una cobertura de Medicare para recetas médicas después de que su cobertura actual termine, podría pagar más (una penalidad) por inscribirse más tarde en una cobertura de Medicare para recetas médicas.

Si usted lleva 63 días o más sin cobertura acreditable para recetas médicas que sea por lo menos tan buena como la cobertura de Medicare para recetas médicas, su prima mensual aumentará por lo menos un 1% al mes por cada mes que usted no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si usted lleva diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima siempre será por lo menos 19% más alta de lo que la mayoría de la gente paga. Usted tendrá que pagar esta prima más alta (penalidad) mientras tenga la cobertura de Medicare. Además, usted tendrá que esperar hasta el siguiente mes de octubre para inscribirse.

### **Para más información sobre este aviso o su cobertura actual para recetas médicas...**

Contact Benefit Administration at 1-800-727-5366 for further assistance. **NOTA:** Usted recibirá este aviso cada año. Recibirá el aviso antes del próximo período en el cual usted puede inscribirse en la cobertura de Medicare para recetas médicas, y en caso de que esta cobertura con JBS or PPC cambie. Además, usted puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

### **Para más información sobre sus opciones bajo la cobertura de Medicare para recetas médicas...**

Revise el manual "Medicare y Usted" para información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura para recetas médicas. Medicare le enviará por correo un ejemplar del manual. Tal vez los planes de Medicare para recetas médicas le llamen directamente. Asimismo, usted puede obtener más información sobre los planes de Medicare para recetas médicas de los siguientes lugares:

Visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) por Internet para obtener ayuda personalizada,

Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte su manual Medicare y Usted para obtener los números telefónicos)

Llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

Para las personas con ingresos y recursos limitados, hay ayuda adicional que paga por un plan de Medicare para recetas médicas. El Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) tiene disponible información sobre esta ayuda adicional. Para más información sobre esta ayuda adicional, visite la SSA en línea en [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov) por Internet, o llámeles al 1-800-772-1213 (Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-800-325-0778).

**Recuerde: Guarde este aviso. Si se inscribe en uno de los nuevos planes aprobados por Medicare que ofrece cobertura de medicamentos recetados, tal vez necesite dar una copia de este aviso cuando se inscriba a fin de demostrar si mantiene o no una cobertura acreditable y si debe pagar una prima más alta (una penalidad).**

Fecha: 1 de octubre de 2012  
Nombre de la entidad / emisor: JBS  
Contacto, cargo / oficina:  
Administración de beneficios

Dirección: 1770 Promontory Circle,  
Greeley, CO 80634

Número de teléfono: 1-800-727-5366

## **2. Medicaid y el Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP) ofrecen cobertura médica gratuita o de bajo costo a niños y familias**

Si usted es elegible para cobertura médica de su empleador, pero no puede pagar las primas, algunos estados tienen programas de asistencia con primas que pueden ayudar a pagar por la cobertura. Estos estados utilizan fondos de sus programas Medicaid o CHIP para ayudar a personas elegibles para cobertura médica patrocinada por el empleador, pero que necesitan asistencia para pagar por las primas de su cobertura.

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

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y usted cree que usted o cualquiera de sus dependientes puede ser elegible para cualquiera de estos programas, puede comunicarse con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado, llamar al **1-877-KIDS NOW** o visitar **[www.insurekidsnow.gov](http://www.insurekidsnow.gov)** para información sobre como presentar su solicitud. Si usted es elegible, puede preguntarle al estado si tiene un programa que pueda ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Una vez que se haya determinado que usted o sus dependientes son elegibles para asistencia con primas bajo Medicaid o CHIP, el plan de salud de su empleador debe permitir que usted y sus dependientes se inscriban en el plan - siempre y cuando usted y sus dependientes sean elegibles, pero aun no estén inscritos en el plan del empleador. Esto se llama oportunidad de "inscripción especial", y **usted debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días de haberse determinado que usted es elegible para la asistencia con las primas.**

---

**Si usted vive en uno de los siguientes estados, tal vez sea elegible para asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente es una lista de estados actualizada al 31 de enero de 2012. Usted debe comunicarse con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad -**

<b>ALABAMA - Medicaid</b>	<b>COLORADO – Medicaid</b>
Sitio web: <a href="http://www.medicaid.alabama.gov">http://www.medicaid.alabama.gov</a> Teléfono: 855-692-5447	Sitio web de Medicaid: <a href="http://www.colorado.gov/">http://www.colorado.gov/</a> Teléfono de Medicaid (en estado): 1-800-866-3513 Medicaid Phone (fuera de estado): 1-800-221-3943
<b>ALASKA - Medicaid</b>	<b>FLORIDA – Medicaid</b>
Sitio web: <a href="http://health.hss.state.ak.us/dpa/programs/medicaid/">http://health.hss.state.ak.us/dpa/programs/medicaid/</a> Teléfono (Fuera de Anchorage): 1-888-318-8890 Teléfono (Anchorage): 907-269-6529	Sitio web: <a href="http://www.fdhc.state.fl.us/Medicaid/index.shtml">http://www.fdhc.state.fl.us/Medicaid/index.shtml</a>

<b>ARIZONA – CHIP</b>	Teléfono: 1-877-357-3268
Sitio web: <a href="http://www.azahcccs.gov/applicants/">http://www.azahcccs.gov/applicants/</a> Teléfono (Fuera de Condado Maricopa): 1-877-764-5437 Teléfono (en Condado Maricopa): 602-417-5437	
	<b>GEORGIA – Medicaid</b>
	Sitio web: <a href="http://dch.georgia.gov/">http://dch.georgia.gov/</a> Haga clic en Programas, y luego en Medicaid Teléfono: 1-800-869-1150

	<b>MONTANA – Medicaid</b>
<b>IDAHO – Medicaid y CHIP</b>	Sitio web: <a href="http://medicaidprovider.hhs.mt.gov/clientpages/clientindex.shtml">http://medicaidprovider.hhs.mt.gov/clientpages/clientindex.shtml</a> Teléfono: 1-800-694-3084
Sitio web de Medicaid: <a href="http://www.accesstohealthinsurance.idaho.gov">www.accesstohealthinsurance.idaho.gov</a> Teléfono de Medicaid: 1-800-926-2588 Sitio web de CHIP: <a href="http://www.medicaid.idaho.gov">www.medicaid.idaho.gov</a> Teléfono de CHIP: 1-800-926-2588	<b>NEBRASKA – Medicaid</b> Sitio web: <a href="http://dhhs.ne.gov/medicaid/Pages/med_kidsconx.aspx">http://dhhs.ne.gov/medicaid/Pages/med_kidsconx.aspx</a> Teléfono: 1-877-255-3092
<b>INDIANA – Medicaid</b>	<b>NEVADA – Medicaid y CHIP</b>
Sitio web: <a href="http://www.in.gov/fssa">http://www.in.gov/fssa</a> Teléfono: 1-800-889-9948	Sitio web de Medicaid: <a href="http://dwss.nv.gov/">http://dwss.nv.gov/</a> Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900
<b>IOWA – Medicaid</b>	Sitio web de CHIP: <a href="http://www.nevadacheckup.nv.org/">http://www.nevadacheckup.nv.org/</a> Teléfono de CHIP: 1-877-543-7669
Sitio web: <a href="http://www.dhs.state.ia.us/hipp/">www.dhs.state.ia.us/hipp/</a> Teléfono: 1-888-346-9562	
<b>KANSAS – Medicaid</b>	<b>NUEVO HAMPSHIRE – Medicaid</b>
Sitio web: <a href="https://www.khpa.ks.gov">https://www.khpa.ks.gov</a> Teléfono: 1-800-792-4884	Sitio web: <a href="http://www.dhhs.nh.gov/ombp/index.htm">www.dhhs.nh.gov/ombp/index.htm</a> Teléfono: 603-271-5218
<b>KENTUCKY – Medicaid</b>	<b>NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP</b>
Sitio web: <a href="http://chfs.ky.gov/dms/default.htm">http://chfs.ky.gov/dms/default.htm</a> Teléfono: 1-800-635-2570	Sitio web de Medicaid: <a href="http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/">http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/</a> Teléfono de Medicaid: 1-800-356-1561
<b>LOUISIANA – Medicaid</b>	Sitio web de CHIP: <a href="http://www.njfamilycare.org/index.html">http://www.njfamilycare.org/index.html</a> Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710
Sitio web: <a href="http://www.lahipp.dhh.louisiana.gov">http://www.lahipp.dhh.louisiana.gov</a> Teléfono: 1-888-342-6207	
<b>MAINE – Medicaid</b>	<b>NUEVO MÉXICO – Medicaid y CHIP</b>
Sitio web: <a href="http://www.maine.gov/dhhs/OIAS/public-assistance/index.html">http://www.maine.gov/dhhs/OIAS/public-assistance/index.html</a> Teléfono: 1-800-321-5557	Sitio web de Medicaid: <a href="http://www.hsd.state.nm.us/mad/index.html">http://www.hsd.state.nm.us/mad/index.html</a> Teléfono de Medicaid: 1-888-997-2583 Sitio web de CHIP:

<b>MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP</b>	<a href="http://www.hsd.state.nm.us/mad/index.html">http://www.hsd.state.nm.us/mad/index.html</a> Haga clic en “Insure New Mexico” Teléfono de CHIP: 1-888-997-2583
Sitio web de Medicaid y CHIP: <a href="http://www.mass.gov/MassHealth">http://www.mass.gov/MassHealth</a> Teléfono de Medicaid y CHIP: 1-800-462-1120	
<b>MINNESOTA – Medicaid</b>	<b>NUEVA YORK – Medicaid</b>
Sitio web: <a href="http://www.dhs.state.mn.us/">http://www.dhs.state.mn.us/</a> Haga clic en “Health Care” y luego en “Medical Assistance” Teléfono: 1-800-657-3629	Sitio web: <a href="http://www.nyhealth.gov/health_care/medicaid/">http://www.nyhealth.gov/health_care/medicaid/</a> Teléfono: 1-800-541-2831
<b>MISSOURI – Medicaid</b>	<b>CAROLINA DEL NORTE – Medicaid y CHIP</b>
Sitio web: <a href="http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm">http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm</a> Teléfono: 573-751-2005	Sitio web: <a href="http://www.ncdhhs.gov/dma">http://www.ncdhhs.gov/dma</a> Teléfono: 919-855-4100
<b>DAKOTA DEL NORTE – Medicaid</b>	<b>UTAH – Medicaid and CHIP</b>
Sitio web: <a href="http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/">http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/</a> Teléfono: 1-800-755-2604	Sitio web: <a href="http://health.utah.gov/upp">http://health.utah.gov/upp</a>  Teléfono: 1-866-435-7414
<b>OKLAHOMA – Medicaid</b>	<b>VERMONT– Medicaid</b>
Sitio web: <a href="http://www.insureoklahoma.org">http://www.insureoklahoma.org</a> Teléfono: 1-888-365-3742	Sitio web: <a href="http://www.greenmountaincare.org/">http://www.greenmountaincare.org/</a>  Teléfono: 1-800-250-8427
<b>OREGON – Medicaid y CHIP</b>	<b>VIRGINIA – Medicaid y CHIP</b>
Sitio web de Medicaid y CHIP: <a href="http://www.oregonhealthykids.gov">http://www.oregonhealthykids.gov</a> <a href="http://www.hijossaludablesoregon.gov">http://www.hijossaludablesoregon.gov</a>  Teléfono de Medicaid y CHIP: 877-314-5678	Sitio web de Medicaid: <a href="http://www.dmas.virginia.gov/rcp-HIPP.htm">http://www.dmas.virginia.gov/rcp-HIPP.htm</a>  Teléfono de Medicaid: 1-800-432-5924  Sitio web de CHIP: <a href="http://www.famis.org/">http://www.famis.org/</a>  Teléfono de CHIP: 1-866-873-2647
<b>PENSILVANIA – Medicaid</b>	<b>WASHINGTON – Medicaid</b>
Sitio web: <a href="http://www.dpw.state.pa.us/partnersproviders/medicalassistance/doingbusiness/003670053.htm">http://www.dpw.state.pa.us/partnersproviders/medicalassistance/doingbusiness/003670053.htm</a> Teléfono: 1-800-644-7730	Sitio web: <a href="http://hrsa.dshs.wa.gov/premiumpymt/Apply.shtm">http://hrsa.dshs.wa.gov/premiumpymt/Apply.shtm</a>  Teléfono: 1-800-562-3022 ext. 15473
<b>RHODE ISLAND – Medicaid</b>	<b>WEST VIRGINIA – Medicaid</b>
Sitio web: <a href="http://www.ohhs.ri.gov">www.ohhs.ri.gov</a> Teléfono: 401-462-5300	Sitio web: <a href="http://www.dhhr.wv.gov/bms/">www.dhhr.wv.gov/bms/</a>

	Teléfono: 1-877-598-5820, HMS Third Party Liability
<b>CAROLINA DEL SUR – Medicaid</b>	<b>WISCONSIN – Medicaid</b>
Sitio web: <a href="http://dss.sd.gov">http://dss.sd.gov</a> Teléfono: 1-888-828-0059	Sitio web: <a href="http://www.badgercareplus.org/pubs/p-10095.htm">http://www.badgercareplus.org/pubs/p-10095.htm</a>  Teléfono: 1-800-362-3002
<b>TEXAS – Medicaid</b>	<b>WYOMING – Medicaid</b>
Sitio web: <a href="https://www.gethipptexas.com/">https://www.gethipptexas.com/</a>  Teléfono: 1-800-440-0493	Sitio web: <a href="http://health.wyo.gov/healthcarefin/equalitycare">http://health.wyo.gov/healthcarefin/equalitycare</a>  Teléfono: 307-777-7531

Para saber si otros estados han agregado el programa de asistencia con primas desde el **31 de enero de 2012**, o para obtener más información sobre derechos de inscripción especial, comuníquese con alguno de los siguientes:

Departamento del Trabajo de EE.UU.  
Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados  
[www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa)  
1-866-444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.  
Centros para Servicios de Medicare y Medicaid  
[www.cms.hhs.gov](http://www.cms.hhs.gov)  
1-877-267-2323, Ext. 61565

### 3. HIPAA PRIVACY NOTICE

La privacidad de la HIPAA (Health Insurance Portability y Ley de rendición de cuentas de 1996) Las reglas afectan a los planes de salud de grupo, aseguradoras y las HMO. El conjunto de normas de privacidad restringen a la capacidad de un plan para divulgar información de salud protegida (PHI) para un empleador o permitir la divulgación de esa información el patrocinador del plan por una aseguradora de salud o HMO. Un plan sólo podrá utilizar o revelar individualmente información de salud identificable para sus propias operaciones de pago o atención sanitaria. Bajo los reglamentos, los individuos tienen un derecho a inspeccionar y obtener una copia de la información médica protegida que les concierne.

### 4. HIPAA SPECIAL ENROLLMENT RIGHTS

#### Derechos especiales de inscripción HIPAA Pérdida de otra cobertura:

Si usted rechaza la inscripción para usted y/o sus dependientes (inclusive su cónyuge) debido a otro seguro de gastos médicos o cobertura de grupo de gastos médicos, usted podrá inscribirse o inscribir a sus dependientes en este plan si usted y/o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura o si el empleador deja de aportar en la otra cobertura de sus dependientes. Para ser elegible para esta oportunidad especial de inscripción, usted puede solicitar su inscripción dentro

de los siguientes 30 días después de la terminación de su otra cobertura o después de que el empleador deja de contribuir a la otra cobertura.

**Nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción, o colocación para adopción:** Si usted tiene un dependiente nuevo por matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, usted podrá inscribirse y/o inscribir a sus dependientes. Para reunir los requisitos para esta oportunidad especial de inscripción, usted debe solicitar su inscripción dentro de los 30 días después del matrimonio, nacimiento adopción o colocación por o para adopción. Llame al administrador de su plan para solicitar una inscripción especial.

**Cobertura de Medicaid:** El plan de grupo de JBS para seguro de salud le permite a los empleados o dependientes elegibles, pero no inscritos, adquirir cobertura si ocurre cualquiera de los siguientes eventos:

1. FINALIZACIÓN DE COBERTURA MEDICAID O DEL PROGRAMA INFANTIL DE SEGURO DE GASTOS MÉDICOS (CHIP) - Si el empleado o dependiente está cubierto bajo un plan Medicaid o bajo el plan estatal de salud infantil y la cobertura de un empleado o dependiente bajo dicho plan finaliza como resultado de la pérdida de su elegibilidad.

2. ELEGIBILIDAD PARA ASISTENCIA DE PRIMERA BAJO MEDICAID O CHIP- Si el empleado o dependiente cuenta con los requisitos para asistencia de primera bajo Medicaid o un plan estatal de salud infantil, inclusive bajo cualquier suspensión o proyecto demostrativo realizado bajo o en relación con ese plan. Este es en general un programa donde el estado ayuda a las personas empleadas con el pago de la prima para el plan de grupo de salud del empleador en lugar de la inscripción directa en el programa estatal Medicaid.

Para calificar para esta oportunidad especial de inscripción usted debe solicitar cobertura para el plan de salud de grupo dentro de los 60 días después de la fecha en que el empleado o dependiente reúna los requisitos para recibir asistencia de primera bajo Medicaid o CHIP o la fecha de finalización de la cobertura Medicaid o CHIP patrocinada por el estado para usted o sus dependientes. Para solicitar inscripción especial o más información, contacte el Dpto. de Recursos Humanos.

### **Continuación Requerida por la Ley Federal para Usted y sus Dependientes**

Una ley federal permite que usted y sus dependientes continúen en el seguro médico en el caso que su cobertura sea cancelada debido a la reducción de horas de trabajo o si usted pierde el empleo (por un motivo que no sea mala conducta de su parte). Esa ley federal también permite que sus dependientes continúen en el seguro médico si pierden la cobertura en caso de su fallecimiento, divorcio, separación legal, o en lo que se refiere a los hijos, si ya no califican como dependientes. Dicha continuación debe estar de acuerdo con los reglamentos del seguro de salud en grupo de su empleador y está sujeta a la ley federal, sus reglamentos e interpretaciones. Para más informaciones, favor de dirigirse a Recursos Humanos.

## **5. Pre-Existing Condition Exclusions**

**Exclusiones por condiciones preexistentes (no aplica para personas menores**

## **a 19 años)**

La mayoría de los planes imponen una cláusula de exclusión de condiciones preexistentes. Esto significa que si usted tiene una enfermedad antes de entrar a nuestro plan, tal vez tenga que esperar un cierto plazo antes de que el plan le ofrezca cobertura para tal condición. Esta exclusión se aplica solo a enfermedades para las que se recomendó o recibió consejo, diagnóstico o tratamiento, o para la cual se recetaron medicamentos durante un plazo de seis meses previos antes de la fecha de inscripción. La cobertura para esa enfermedad dependerá de completar un plazo adicional de exclusión de doce meses después del inicio de la cobertura. En el caso de una inscripción tardía, el periodo de exclusión es aplicable durante dieciocho meses. La fecha de inscripción determina cuando comienza el periodo de seis meses de antecedentes de la condición preexistente y cuando comienza y termina el plazo de exclusión de la condición preexistente de doce/dieciocho meses. La exclusión de condición preexistente no se aplica a un niño que haya sido inscrito en el plan dentro de los 30 días posteriores del nacimiento, adopción, o colocación por adopción.

## **6. Women's Health and Cancer Rights Act**

### **La Ley de Derechos de Salud y Cáncer en la Mujer**

La Ley de Derechos de Salud y Cáncer en la Mujer requiere que los planes de salud de grupos que ofrecen cobertura para mastectomía den cobertura para ciertos servicios reconstructivos. Esta ley también requiere que notificación por escrito de la disponibilidad de la cobertura se brinde a todos los participantes del plan anualmente y cada año subsiguiente. Este texto es útil para cumplir este requerimiento para este año y tales servicios incluyen: reconstrucción del seno en el que se realizó la mastectomía; cirugía / reconstrucción del seno para producir un aspecto simétrico; prótesis; y tratamiento por complicaciones físicas durante todas las etapas de la mastectomía, inclusive linfodema. Además, el plan no debe: interferir con los derechos de un participante del plan para evitar estos requisitos; o ofrecer incentivos al proveedor de cuidados de salud o imponer recargos contra el proveedor en un intento de interferencia con los requisitos de la ley. Sin embargo, el plan puede aplicar deducibles, co-seguros y co-pagos consistentes con la cobertura ofrecida por el Plan. Call you Benefits Administration team at 1-800-727-5366.

## **7. SMM**

Este Guía de Beneficios de 2011 resalta cambios recientemente hechos al plan y tiene la intención de cumplir totalmente con los requisitos de la Ley de Seguridad de Ingresos de los Empleados ("ERISA") como un Resumen de Modificaciones Materiales y debe ser guardado junto con la más reciente Descripción Resumida del Plan. La información que contiene la presente guía de ningún modo deberá ser interpretada como una promesa o garantía de empleo o beneficios. La empresa se reserva el derecho de modificar, suspender o finalizar los planes en cualquier momento por cualquier motivo. Ante un conflicto entre la información de la presente guía y la documentación o las políticas actuales del plan, prevalecerán la documentación y las políticas. Para obtener información detallada acerca de los beneficios, examine las descripciones, contratos, certificados, políticas y documentos actuales del plan que están disponibles en el Dpto. de Recursos Humanos.

## **8. MODELO DE AVISO GENERAL SOBRE LOS DERECHOS A LA CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA DE COBRA (Para uso exclusivo de los planes grupales de salud patrocinados por un empleador único)**



## **\*\* DERECHOS DE CUBIERTA POR COBRA \*\***

### **Introducción**

Usted ha recibido el presente aviso debido a que en fecha reciente ha empezado a tener cobertura bajo un plan grupal de salud (el Plan). Este aviso contiene información importante sobre su derecho a la continuación de la cobertura de COBRA, la cual es una ampliación temporal de la cobertura bajo el Plan. **Este aviso brinda generalmente una explicación sobre la continuación de la cobertura de COBRA, cuándo puede estar disponible para usted y su familia y qué debe hacer para proteger el derecho de acceso a la misma.**

El derecho a la continuación de la cobertura de COBRA fue creado mediante una ley federal, la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA). La continuación de la cobertura de COBRA puede estar disponible para usted cuando, de otro modo, usted perdiera su cobertura grupal de salud. Asimismo, también puede estar disponible para otros miembros de su familia que se encuentran cubiertos por el Plan cuando, de otro modo, ellos hubieran perdido su cobertura grupal de salud. Para obtener más información sobre sus derechos y obligaciones bajo el Plan y en virtud de las leyes federales, debe revisar la Descripción del Resumen del Plan o comunicarse con el Administrador del Plan.

### **¿En qué consiste la continuación de la cobertura de COBRA?**

La continuación de la cobertura de COBRA es la continuación de la cobertura del Plan médico cuando la cobertura, de otro modo, finalizara por un suceso conocido como “**evento calificador**”. Los eventos calificadores específicos se encuentran detallados más adelante en el presente aviso. Después de un evento calificador, se debe ofrecer a toda persona que es “beneficiaria calificada” la continuación de la cobertura de COBRA. Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían ser beneficiarios calificados si la cobertura bajo el Plan se pierde como resultado del suceso calificador.

Si usted es un empleado, se convierte en beneficiario calificado si pierde su cobertura bajo el Plan debido a cualquiera de los siguientes sucesos calificadores:

- Reducción de las horas de trabajo, o
- Terminación de su empleo por cualquier razón que no sea un caso serio de mala conducta.

Si usted es el(la) cónyuge de un empleado, será un beneficiario calificado si pierde su cobertura bajo el Plan debido a cualquiera de los siguientes sucesos calificadores:

- Fallecimiento de su cónyuge;
- Reducción de la horas de trabajo de su cónyuge;
- Terminación del empleo de su cónyuge por cualquier razón que no sea un caso serio de mala conducta.
- Su cónyuge se hace acreedor a los beneficios de Medicare (según la Parte A, Parte B o ambas); o
- Divorcio o separación legal de su cónyuge.

Sus hijos dependientes se convierten en beneficiarios calificados si pierden la cobertura bajo el Plan debido a la ocurrencia de cualquiera de los siguientes sucesos calificadoros:

- Fallecimiento del padre empleado;
- Reducción de la horas de trabajo del padre empleado;
- Terminación del empleo del padre empleado por cualquier razón que no sea un caso serio de mala conducta.
- El padre empleado se hace acreedor a los beneficios de Medicare (según la Parte A, Parte B o ambas); o
- Divorcio o separación legal de los padres; o
- El hijo ya no es elegible para la cobertura según el Plan en calidad de “hijo dependiente”.

### **¿Cuándo se encuentra disponible la cobertura de COBRA?**

El Plan ofrecerá la continuación de la cobertura de COBRA a los beneficiarios calificados sólo después de haber notificado al Administrador del Plan que ha ocurrido un evento calificador. Cuando un suceso calificador es la terminación del empleo o reducción de las horas de trabajo, fallecimiento del empleado o el empleado se hace acreedor a los beneficios de Medicare (según la Parte A, Parte B, o ambas), el empleado debe notificar al Administrador del Plan el suceso calificador.

### **Debe notificar algunos eventos calificadores**

**Para los otros eventos calificadores (divorcio o separación legal del empleado y su cónyuge o que un hijo dependiente pierda la elegibilidad para la cobertura como hijo dependiente), usted debe notificar al Administrador del Plan dentro en un plazo de 60 días a partir después de la fecha en que ocurra el suceso calificador. Usted debe enviar este aviso a:**

Nombre de la entidad / emisor: JBS

Contacto, cargo / oficina:

Administración de beneficios

Dirección: 1770 Promontory Circle,

Greeley, CO 80634

Número de teléfono: 1-800-727-5366

### **¿Cómo se brinda la cobertura de COBRA?**

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

La continuación de la cobertura de COBRA constituye una continuación temporal de la cobertura. Cuando el evento calificador es el fallecimiento de un empleado, el empleado se hace acreedor a los beneficios de Medicare (según la Parte A, Parte B, o ambas), su divorcio o separación legal o la pérdida de

elegibilidad de un hijo dependiente en calidad de hijo dependiente, la continuación de la cobertura de COBRA es por un periodo máximo de 36 meses. Cuando el suceso calificador es el término del empleo o la reducción de las horas de trabajo del empleado, y el empleado se hace acreedor a los beneficios de Medicare menos de 18 meses antes de ocurrir el suceso calificador, la continuación de la cobertura COBRA para los beneficiarios calificados que no sea el empleado se prolonga hasta 36 meses después de la fecha de la acreditación en Medicare. Por ejemplo, si un empleado cubierto se hace acreedor a Medicare 8 meses antes de la fecha de término de su empleo, la continuación de la cobertura de COBRA para su cónyuge e hijos puede prolongarse hasta 36 meses a partir de la fecha de acreditación en Medicare, lo que equivale a 28 meses después de la fecha de ocurrir el suceso calificador (36 meses menos 8 meses). Por otro lado, cuando el suceso calificador es el término del empleo o la reducción de horas de trabajo del empleado, la continuación de la cobertura de COBRA generalmente sólo tiene una duración máxima de 18 meses. Existen dos formas de ampliar un periodo de 18 meses la continuación de la cobertura de COBRA.

### ***Ampliación por incapacidad por un periodo de 11 meses de la continuación de la cobertura***

Si la Administración del Seguro Social determina que usted o algún miembro de su familia cubierto por el Plan se encuentra incapacitado y usted notifica este hecho al Administrador del Plan en forma oportuna, (el participante deberá notificar al administrador dentro de 60 días después de haber recibido la notificación de Seguro Social) a usted y a toda su familia puede corresponderle hasta 11 meses adicionales de la continuación de la cobertura de COBRA, hasta por un máximo de 29 meses. La incapacidad debe haberse iniciado en algún momento antes de cumplirse el día 60 de la continuación de la cobertura de COBRA y debe prolongarse como mínimo hasta finalizar el periodo de 18 meses de la continuación de la cobertura.

### ***Ampliación por el segundo suceso calificador del periodo de 18 meses de la continuación de la cobertura***

Si su familia experimenta otro suceso calificador mientras se encuentra recibiendo 18 meses de la continuación de la cobertura de COBRA, el(la) cónyuge y los hijos dependientes en su familia pueden obtener hasta 18 meses adicionales de la continuación de la cobertura de COBRA, por un máximo de 36 meses, si se notifica oportunamente al Plan el segundo evento calificador. La presente ampliación puede estar disponible para el(la) cónyuge y cualquiera de los hijos dependientes que se encuentren recibiendo la continuación de la cobertura si el empleado o ex empleado fallece, se hace acreedor a los beneficios de Medicare (según la Parte A, Parte B o ambas) o se divorcia o separa legalmente o si los hijos dependientes dejan de ser elegibles según el Plan en calidad de hijos dependientes, pero únicamente si el suceso hubiera originado que el(la) cónyuge o hijo dependiente pierda la cobertura bajo el Plan si no hubiera ocurrido el primer hecho calificador.

### **Si tiene preguntas**

Las preguntas referentes a su Plan o a sus derechos a la continuación de la cobertura de COBRA deben dirigirse al contacto o contactos que se describen más adelante. Para obtener mayor información sobre sus derechos en virtud de ERISA, incluyendo COBRA, Ley de Transportabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA), y otras leyes que afectan los planes grupales de salud, comuníquese con la oficina regional o de Distrito más cercana del Departamento de Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador de los Estados Unidos (EBSA) de su área o visite el sitio web de EBSA en

[www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa). (Las direcciones y números telefónicos de las oficinas regionales y de distrito de EBSA se encuentran disponibles a través del sitio web de EBSA.)

### **Mantenga informado al Plan sobre los cambios de dirección**

A fin de proteger sus derechos y los de su familia, debe mantener informado al Administrador del Plan de cualquier cambio de su dirección o la de los miembros de su familia. Asimismo, debe mantener una copia, para su archivo personal, de cualquier aviso que le envíe al Administrador del Plan.

### **Información de contacto del Plan**

Fecha: 1 de octubre de 2012

Nombre de la entidad / emisor: JBS

Contacto, cargo / oficina:

Administración de beneficios

Dirección: 1770 Promontory Circle,  
Greeley, CO 80634

Número de teléfono: 1-800-727-5366