



SUS BENEFICIOS PARA 2022-2023

AVISOS LEGALES

Este encarte contiene varios avisos que debemos distribuir anualmente a los participantes de los Planes de salud grupales patrocinados por Williams-Sonoma, Inc. (WSI). Para obtener más información acerca de sus beneficios, incluso otros avisos requeridos, consulte la Guía de beneficios de 2022-2023 y las Descripciones resumidas del plan (SPD).

Para sus archivos

Los avisos incluidos en este folleto son:	Página
Aviso sobre la Asistencia para el Pago de Primas bajo Medicaid y el Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP) que explica programas de asistencia con el pago de las primas que podrían estar disponibles para usted.	2
Aviso sobre la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer que resume los beneficios disponibles bajo el Programa de atención médica de WSI si ha tenido o va a tener una mastectomía.	4
Aviso sobre la Ley para la Protección de la Salud de Recién Nacidos y Madres que describe las normativas legales sobre la duración de la estadía en un hospital después del parto.	4
Aviso sobre la Ley de Paridad de la Salud Mental y Equidad en la Adicción de 2008 que explica que los beneficios de salud mental y abuso de sustancias se tienen que cubrir de la misma manera que los beneficios médicos y quirúrgicos.	5
Aviso de derechos a inscripción especial que explica cuándo se puede volver a inscribir en un Plan de salud grupal de WSI después de haber renunciado a su cobertura previamente	5
Aviso sobre la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) que explica cómo el Plan de salud grupal de WSI protege su información médica personal.	6
Divulgación de protección del paciente que explica el papel que cumplen los médicos de atención primaria en el Plan de salud grupal de WSI.	7
Aviso de ADA con respecto al Programa de bienestar que explica como el Programa de bienestar de WSI usa y protege su información de salud.	8
Aviso sobre la Licencia por enfermedad pagada suplementaria relacionada con COVID-19 2022 que explica la licencia por enfermedad pagada para los asociados cubiertos en California hasta el 30 de septiembre de 2022.	9
Aviso sobre Sus derechos y protecciones contra facturas médicas sorpresivas que explica las protecciones que tiene contra facturación sorpresiva o facturación de saldos cuando recibe atención o tratamiento de emergencia de un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red.	10

Conserve estos avisos con las otras informaciones que ha recibido. Si tiene alguna pregunta acerca de estos avisos, comuníquese con el Centro de Recursos de Beneficios de WSI al 800.413.1444, opción 1, de lunes a viernes, de 7 a.m. a 4 p.m., hora del Pacífico, excepto en determinados días festivos.

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

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted cumple los requisitos para recibir cobertura médica de su empleador, su estado podría tener un programa de asistencia para el pago de primas que puede ayudarle a pagar la cobertura con fondos de los programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, usted no cumplirá los requisitos para estos programas de asistencia para el pago de primas, pero podría comprar cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para más información, visite www.healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y viven en un estado mencionado en las páginas siguientes, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP en su estado para informarse si se ofrece asistencia para el pago de primas.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y cree que usted o alguno de sus dependientes podría ser elegible para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP en su estado o marque **877.KIDSNOW** o visite www.insurekidsnow.gov para informarse cómo hacer la solicitud. Si usted cumple los requisitos, pregunte a su estado si cuenta con un programa que pudiera ayudarle a pagar las primas para un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para asistencia para el pago de primas bajo Medicaid o CHIP, y también cumplen los requisitos bajo el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan del empleador si es que todavía no está inscrito. A esto se le llama una oportunidad de "inscripción especial", y **usted debe solicitar cobertura dentro de los 60 días después de determinarse que es elegible para la asistencia para el pago de primas**. Si tiene preguntas sobre la inscripción en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento del Trabajo en www.askebsa.dol.gov o llame al **866.444.EBSA (3272)**.

Si vive en uno de los siguientes estados, podría ser elegible para recibir asistencia para el pago de primas del plan médico de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada hasta la fecha del 31 de enero de 2022. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre elegibilidad.

ALABAMA – MEDICAID

myalhipp.com | 855.692.5447

ALASKA – MEDICAID

Programa de pago de primas de seguros de salud de Alaska
myakhipp.com | 866.251.4861
CustomerService@MyAKHIPP.com
Elegibilidad para Medicaid: dhss.alaska.gov/dpa/Pages/medicaid/default.aspx

ARKANSAS – MEDICAID

myarhipp.com
855.MyARHIPP (855.692.7447)

CALIFORNIA – MEDICAID

Programa para el pago de las primas de seguros de salud (HIPP)
dhcs.ca.gov/hipp | 916.445.8322
hipp@dhcs.ca.gov

COLORADO – HEALTH FIRST COLORADO (PROGRAMA DE MEDICAID DE COLORADO) Y CHILD HEALTH PLAN PLUS (CHP+)

healthfirstcolorado.com
Centro de contacto para miembros de Health First Colorado:
800.221.3943/ servicio de retransmisión estatal 711
CHP+: colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus
Servicio al cliente de CHP+: 800.359.1991/
servicio de retransmisión estatal 711
Programa de compra de seguro de salud (HIBI): colorado.gov/pacific/hcpf/health-insurance-buy-program
Servicio al cliente de HIBI: 855.692.6442

FLORIDA – MEDICAID

flmedicaidplrecovery.com/
flmedicaidplrecovery.com/hipp/index.html
877.357.3268

GEORGIA – MEDICAID Y CHIP

Medicaid
medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp
678.564.1162, presione 1
CHIP
medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra
678.564-1162, presione 2

INDIANA – MEDICAID

Plan Healthy Indiana
(para adultos de bajos ingresos de 19 a 64 años)
in.gov/fssa/hip | 877.438.4479
Todos los otros beneficiarios de Medicaid
in.gov/medicaid | 800.457.4584

IOWA – MEDICAID Y CHIP (HAWKI)

Medicaid
dhs.iowa.gov/ime/members
800.338.8366
Hawki
dhs.iowa.gov/Hawki | 800.257.8563
HIPP
dhs.state.ia.us/hipp | 888.346.9562

KANSAS – MEDICAID

kancare.ks.gov | 800.792.4884

KENTUCKY – MEDICAID Y CHIP

Programa para el pago de las primas de seguro de salud integrado de Kentucky (KI-HIPP)
chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx
855.459.6328
KIHIPPPROGRAM@ky.gov
KCHIP
kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx
877.524.4718
Medicaid
chfs.ky.gov

LOUISIANA – MEDICAID

medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp
888.342.6207 (línea directa de Medicaid) o 855.618.5488 (LaHIPP)

MAINE – MEDICAID

Inscripción
maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms
800.442.6003 | TTY: servicio de retransmisión de Maine 711
Prima de seguro médico privado
maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms
800.977.6740 | TTY: Servicio de retransmisión de Maine 711

MASSACHUSETTS – MEDICAID Y CHIP

mass.gov/masshealth/pa | 800.862.4840

MINNESOTA – MEDICAID

mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp
800.657.3739

MISSOURI – MEDICAID

dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm
573.751.2005

MONTANA – MEDICAID

dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP
800.694.3084

NEBRASKA – MEDICAID

ACCESSNebraska.ne.gov | 855.632.7633
Lincoln: 402.473.7000
Omaha: 402.595.1178

NEVADA – MEDICAID

dhcfnv.gov | 800.992.0900

NEW HAMPSHIRE – MEDICAID

dhhs.nh.gov/oii/hipp.htm
800.852.3345, ext. 5218 o 603.271.5218

NUEVA JERSEY – MEDICAID Y CHIP

Medicaid

state.nj.us/humanservices/
dmahs/clients/medicaid
609.631.2392

CHIP

njfamilycare.org/index.html
800.701.0710

NUEVA YORK – MEDICAID

health.ny.gov/health_care/medicaid
800.541.2831

CAROLINA DEL NORTE – MEDICAID

medicaid.ncdhhs.gov | 919.855.4100

DAKOTA DEL NORTE – MEDICAID

nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid
844.854.4825

OKLAHOMA – MEDICAID Y CHIP

insureoklahoma.org | 888.365.3742

OREGÓN – MEDICAID

healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx
oregonhealthcare.gov/index-es.html
800.699.9075

PENSILVANIA – MEDICAID

dhs.pa.gov/Services/Assistance/
Pages/HIPP-Program.aspx
800.692.7462

RHODE ISLAND – MEDICAID Y CHIP

eoohs.ri.gov
855.697.4347 o 401.462.0311
(línea directa de Rite Share)

CAROLINA DEL SUR – MEDICAID

scdhhs.gov | 888.549.0820

DAKOTA DEL SUR – MEDICAID

dss.sd.gov | 888.828.0059

TEXAS – MEDICAID

gethipptexas.com | 800.440.0493

UTAH – MEDICAID Y CHIP

medicaid.utah.gov
health.utah.gov/chip
877.543.7669

VERMONT – MEDICAID

greenmountaincare.org
800.250.8427

VIRGINIA – MEDICAID Y CHIP

coverva.org/en/famis-select
coverva.org/hipp
800.432.5924 o 855.242.8282

WASHINGTON – MEDICAID

hca.wa.gov | 800.562.3022

WEST VIRGINIA – MEDICAID Y CHIP

Medicaid

dhhr.wv.gov/bms | 304-558-1700

CHIP

mywvhipp.com | 855.MyWVHIPP (855.699.8447)

WISCONSIN – MEDICAID Y CHIP

dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/
p-10095.htm
800.362.3002

WYOMING – MEDICAID

health.wyo.gov/healthcarefin/
medicaid/programs-and-eligibility
800.251.1269

Para ver si algún otro estado agregó un programa de asistencia para primas desde el 31 de enero de 2022, o para más información sobre los derechos de inscripción especial, comuníquese con una de estas entidades:

Departamento del Trabajo de EE. UU.

Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado
dol.gov/agencies/ebsa
866.444.EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

Centros para Servicios de Medicare y Medicaid
cms.hhs.gov
877.267.2323, opción de menú 4, ext. 61565

DECLARACIÓN DE LA LEY DE REDUCCIÓN DE TRÁMITES

Conforme a la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Pub. L. 104-13) (PRA), ninguna persona tiene la obligación de responder a una recolección de información a menos que dicha recolección muestre un número de control de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB) válido. El Departamento señala que una agencia federal no puede llevar a cabo ni patrocinar una recolección de información a menos que sea aprobada por la OMB bajo la PRA, y muestre un número de control de la OMB válido actualmente, y el público no tiene la obligación de responder a una recolección de información a menos que la misma muestre un número de control de la OMB válido actualmente. Ver 44 U.S.C. 3507. Además, a pesar de cualquier otra disposición legal, ninguna persona debe estar sujeta a sanción por no cumplir con una recolección de información si la recolección de información no muestra un número de control de la OMB válido actualmente. Ver 44 U.S.C. 3512.

La carga informativa pública para esta recolección de información se estima como promedio en aproximadamente siete minutos por persona. Se invita a las partes interesadas a que envíen comentarios respecto a la carga informativa estimada o cualquier otro aspecto de esta recolección de información, incluso sugerencias para reducir esta carga informativa, al U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, Office of Policy and Research, Attention: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210 o por correo electrónico a ebsa.opr@dol.gov y citen como referencia el número de control de la OMB 1210-0137.

Número de control de la OMB 1210-0137 (vence el 1/31/2023)

LEY DE DERECHOS SOBRE LA SALUD Y EL CÁNCER DE LA MUJER DE 1998 (WHCRA)

Si ha tenido o va a tener una mastectomía, podría tener derecho a ciertos beneficios bajo la WHCRA. El Programa de atención médica de WSI proporciona cobertura para ciertos beneficios de reconstrucción de seno relacionados con una mastectomía. Si elige una reconstrucción de seno relacionada con una mastectomía, hay cobertura disponible de una manera que se determine en consulta con usted y con su médico para:

- Reconstrucción del seno en el que se realizó la mastectomía
- Cirugía y reconstrucción del otro seno para alcanzar una apariencia simétrica
- Prótesis
- Complicaciones físicas en todas las etapas de la mastectomía, incluyendo linfedemas.

Tal cobertura está sujeta a todos los términos de los planes, incluso las disposiciones sobre deducibles y coseguros correspondientes. Si desea más información sobre los beneficios de WSI, llame al Centro de Recursos de Beneficios de WSI al 800.413.1444, opción 1.

LEY PARA LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DE RECIÉN NACIDOS Y MADRES

Los planes de salud grupales y los emisores de seguros de salud generalmente no deben, conforme a la ley federal, restringir beneficios para ninguna duración de estadía hospitalaria en conexión con un parto para la madre o el recién nacido a menos de 48 horas siguientes a un parto vaginal, o menos de 96 horas tras una cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe al proveedor que atiende a la madre o al recién nacido, después de consultar con la madre, que dé de alta a la madre o al recién nacido antes de 48 horas (o 96 horas, según corresponda). De cualquier modo, los planes y emisores de seguro no pueden, conforme a la ley federal, requerir que un proveedor obtenga autorización del plan o del asegurador para recetar una estadía no mayor de 48 horas (o 96 horas).

PROGRAMA DE ATENCIÓN MÉDICA DE WSI

Cuando se precertifica una hospitalización, se asigna una duración de la estadía. Se requiere que el programa de atención médica proporcione una estadía mínima en una instalación hospitalaria para lo siguiente:

Cuidados de maternidad

- 48 horas luego de un parto vaginal sin complicaciones
- 96 horas luego de una cesárea sin complicaciones

Si usted requiere una estadía más larga de la que se precertificó inicialmente, su proveedor puede pedir una prórroga que contemple los días adicionales. No habrá beneficios disponibles para cargos por habitación y comidas por días innecesarios desde el punto de vista médico.

LEY DE PARIDAD DE LA SALUD MENTAL Y EQUIDAD EN LA ADICCIÓN DE 2008

Conforme con la Ley de Paridad de la Salud Mental y Equidad en la Adicción de 2008, la cobertura de salud mental proporcionada por los planes médicos de WSI es comparable en general con la cobertura disponible para otra atención médica. Los deducibles, copagos y gastos máximos de bolsillo y las limitaciones de tratamiento para trastornos de salud mental o uso de sustancias no pueden ser más restrictivos que los mismos requisitos o beneficios ofrecidos para otra atención médica.

Bajo pedido, la compañía de seguros explicará los criterios utilizados para tomar las determinaciones médicas necesarias con respecto a beneficios para trastornos de salud mental o abuso de sustancias. En el caso de que se rechace un reclamo de beneficios por un trastorno de salud mental o abuso de sustancias, recibirá una explicación de dicho rechazo por parte de la compañía de seguros. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Centro de Recursos de Beneficios de WSI al 800.414.1444, opción 1.

AVISO DE DERECHOS A INSCRIPCIÓN ESPECIAL

Si renuncia a inscribirse en la cobertura médica de WSI para usted o sus dependientes (incluso su cónyuge, pareja de hecho del mismo sexo o cónyuge en unión libre según lo define la ley estatal; solo en California, su pareja de hecho del sexo opuesto también es elegible) porque usted ya tiene otra cobertura, podrá inscribirse e inscribir a sus dependientes en el Plan de salud grupal de WSI en el futuro, siempre y cuando solicite su inscripción no más de 31 días después que termine su otra cobertura. Además, si tiene un dependiente nuevo debido a matrimonio, nacimiento, adopción o entrega en adopción, puede inscribirse e inscribir a sus dependientes en el Plan de salud grupal de WSI siempre y cuando solicite su inscripción comunicándose con el Centro de Servicio de Beneficios de WSI al 800.414.1444, opción 1, no más de 31 días después de dicho matrimonio, nacimiento, adopción o entrega en adopción.

También puede inscribirse e inscribir a sus dependientes en el Plan de salud grupal de WSI si (1) usted o sus dependientes pierden su cobertura bajo un programa de Medicaid estatal o un Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP); o (2) usted o sus dependientes se hacen acreedores a asistencia con el pago de las primas bajo un programa de Medicaid estatal o CHIP, siempre y cuando solicite su inscripción no más de 60 días después de la fecha del suceso de Medicaid/CHIP. Para más información, comuníquese con el Centro de Servicio de Beneficios de WSI al 800.414.1444, opción 1.

LEY FEDERAL DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DE SEGUROS DE SALUD (HIPAA)

Las leyes federales sobre privacidad requieren que los planes de salud grupales patrocinados por el empleador desarrollen políticas sobre privacidad y que las divulguen a los asociados y jubilados. Usted está recibiendo el aviso adjunto porque la ley federal requiere que los asociados y jubilados reciban información acerca de cómo se puede usar y divulgar su información médica personal durante la administración de los planes de salud grupales.

El aviso describe las políticas de privacidad de los planes de salud grupales (el "Plan") de WSI en relación con el uso y la protección de su información de salud personal. El aviso también aborda los procedimientos de cumplimiento y las responsabilidades del Plan, así como sus derechos a ver su información de salud protegida y a hacer las correcciones necesarias. Lea este aviso y guárdelo para sus archivos.

¿POR QUÉ SE REQUIERE ESTE AVISO?

HIPAA requiere que el gobierno federal emita normas nacionales sobre la protección de la privacidad de la información de salud personal. Estas normas permiten al Plan usar y divulgar su información de salud personal para propósitos de tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

¿QUÉ INFORMACIÓN ESTÁ PROTEGIDA BAJO LA LEY?

La información de salud protegida (PHI) es la información que los planes de salud de WSI crean y obtienen al proporcionarle beneficios a usted. La PHI pudiera incluir información con respecto a su estado de salud (incluso diagnósticos, tratamientos y pago de reclamos) o el hecho de que usted está inscrito o ha participado en los planes de salud de WSI.

DIVULGACIÓN DE PROTECCIÓN DEL PACIENTE

El plan HMO de Kaiser Permanente ofrecido por WSI generalmente requiere la designación de un médico de atención primaria. Usted tiene el derecho de designar cualquier médico de atención primaria que participe en la red seleccionada y que esté dispuesto a aceptarlo a usted o sus familiares. Para sus hijos, puede designar a un pediatra como médico de atención primaria. Hasta que haga esta designación, Kaiser designará a un médico en su nombre. Si necesita información sobre cómo seleccionar a un médico de atención primaria, y para obtener una lista de los proveedores de atención primaria participantes, remítase a la información de contacto del emisor del plan a continuación.

No necesita autorización previa de Kaiser o de cualquier otra persona (incluido un médico de atención primaria) para poder acceder a atención obstétrica o ginecológica de un profesional médico especializado en obstetricia o ginecología de la red seleccionada. Dicho profesional médico, sin embargo, puede que tenga que cumplir con ciertos procedimientos, como obtener autorización previa para ciertos servicios, seguir un plan de tratamiento aprobado de antemano o seguir ciertos procedimientos para hacer remisiones. Para obtener una lista de los profesionales médicos participantes especializados en obstetricia o ginecología, consulte la información de contacto del emisor del plan a continuación.

HMO DE KAISER PERMANENTE

800.464.4000 (California)

800.632.9700 (Colorado)

888.865.5813 (Georgia)

800.777.7902 (estados del Atlántico Medio)

800.813.2000 (Noroeste)

888.901.4636 (Washington)

kp.org

AVISO DE ADA RESPECTO AL PLAN DE BIENESTAR

El Programa de bienestar de Williams-Sonoma, Inc., es un programa de bienestar voluntario que está disponible para todos los asociados elegibles para beneficios, cónyuges/parejas de hecho del mismo sexo o, solo en California, parejas de hecho del mismo sexo y del sexo opuesto (conforme con la ley), inscritos en la cobertura médica patrocinada por Williams-Sonoma, Inc. Este programa se administra según las normas federales que permiten tales programas patrocinados por el empleador, incluidas la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) de 1990, la Ley contra la Discriminación por Información Genética (GINA) de 2008 y la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA), entre otras.

Si elige participar en el Programa de bienestar de Williams-Sonoma, Inc., se le pedirá que complete dos actividades voluntarias que generan información confidencial:

- Una evaluación de riesgos para la salud (HRA) que le hace una serie de preguntas acerca de sus actividades y comportamientos relacionados con la salud y sobre si padece o ha padecido ciertas afecciones médicas (por ejemplo, cáncer, diabetes o enfermedades cardíacas), y
- Una prueba biométrica, la cual incluye un análisis de sangre para medir colesterol total, HDL, LDL, triglicéridos, relación TC/HDL y glucosa, así como la determinación de su presión arterial, estatura y peso para calcular el índice de masa corporal (BMI) y la circunferencia de la cintura.

Usted no está obligado a completar estos pasos. Sin embargo, solo los asociados inscritos en la cobertura médica patrocinada por Williams-Sonoma, Inc. recibirán un incentivo de hasta \$75 por completar la HRA y una prueba biométrica.

Los asociados inscritos en la cobertura médica patrocinada por Williams-Sonoma, Inc. que completen un examen preventivo realizado por el proveedor podrían recibir hasta \$100 en incentivos adicionales. Los cónyuges/parejas (conforme con la ley) inscritos en la cobertura médica patrocinada por Williams-Sonoma, Inc. recibirán \$50 por un examen preventivo.

Bajo los términos de ADA, si no puede participar en alguna de las actividades relacionadas con la salud ni obtener alguno de los resultados referentes a la salud necesarios para ganar un incentivo, podría tener derecho a una modificación razonable o una opción estándar alternativa. Puede solicitar dicha modificación comunicándose con el Centro de Recursos de Beneficios de WSI al 800.413.1444, opción 1.

Usted recibirá un informe confidencial basado en los resultados de su HRA y de la prueba biométrica que le ayudará a entender su estado de salud actual y los posibles riesgos. Estamos obligados por la ley a conservar la privacidad y la seguridad de la información de salud que pueda identificarle personalmente.

Williams-Sonoma, Inc. podría usar la información acumulada que recolecta para diseñar un programa basado en los riesgos para la salud identificados en el lugar de trabajo. El Programa de bienestar de Williams-Sonoma, Inc. nunca divulgará ninguna parte de su información personal, ya sea al público o al empleador, excepto cuando sea necesario para responder a una solicitud que usted nos presente de modificación razonable necesaria para participar en el programa de bienestar, o según lo permita explícitamente la ley. Su información de salud nunca se usará para tomar decisiones discriminatorias relativas a su empleo.

Su información de salud no se venderá, intercambiará, transferirá ni divulgará de ninguna manera excepto en la medida que lo permita la ley para llevar a cabo actividades específicas relacionadas con el programa de bienestar. No se le pedirá ni tendrá que ceder su derecho a la confidencialidad de su información de salud como condición para participar este programa ni para recibir un incentivo. Las entidades que recibirán información de salud que puede identificarle personalmente son Cigna, Kaiser Permanente, Delta Dental VSP, HMSA y MCS. Todas estas organizaciones le proporcionarán servicios bajo el programa de bienestar para ayudarle a mejorar su salud y/o prevenir enfermedades. Nuestros proveedores de bienestar, que reciben su información, también estarán obligados por los mismos requisitos de confidencialidad.

Además, toda la información de salud obtenida a través de este programa de bienestar se mantendrá separada de sus expedientes de personal, la información guardada en medios electrónicos se codificará y ninguna parte de la información que proporcione como parte de un programa de bienestar se usará para tomar decisiones laborales. Se tomarán las medidas pertinentes para evitar la pérdida de la confidencialidad de la información. Si ocurriera una pérdida de la confidencialidad de la información que usted proporcione con relación al programa de bienestar, se lo notificaremos de inmediato. Si tiene preguntas o inquietudes sobre este aviso, o sobre las protecciones contra medidas de discriminación y represalias, comuníquese con Tatausha Webster en twebster1@wsgc.com.

DEPENDIENDO DE LA NATURALEZA DE SU PREGUNTA, COMUNÍQUESE CON UNA DE LAS SIGUIENTES PARTES:

- Llame a su plan de salud o a su proveedor de atención médica (por ejemplo, hospital, médico) para preguntas relacionadas con su historia clínica o reclamaciones.
- Llame al Centro de Recursos de Beneficios de WSI al 800.413.1444, opción 1. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 7 a.m. a 4 p.m., hora del Pacífico; excepto en determinados días festivos.

LICENCIA POR ENFERMEDAD PAGADA SUPLEMENTARIA RELACIONADA CON COVID-19 2022

En vigor a partir del 19 de febrero de 2022 (solo para asociados cubiertos en California)

Los empleados cubiertos en los sectores público o privado, que trabajan para empleadores en California que emplean a 26 empleados o más, tienen derecho a un máximo de 80 horas de licencia por enfermedad pagada relacionada con COVID-19 en 2022, desde el 1 de enero de 2022 hasta el 30 de septiembre de 2022, inmediatamente luego de una solicitud oral o escrita a su empleador, con hasta 40 de esas horas disponibles solo cuando un empleado o miembro de la familia tiene un resultado positivo en una prueba de COVID-19.

Un asociado a tiempo completo cubierto en California puede tomar hasta 40 horas de licencia si no puede trabajar, de forma física o remota, por alguno de los siguientes motivos:

- **Relacionado con la vacunación:** el asociado cubierto en California acude a una cita de vacunación o de vacunación de refuerzo para sí mismo o un miembro de su familia* o no puede trabajar, de forma física o remota, porque presenta síntomas relacionados con la vacuna o está cuidando a un miembro de su familia que presenta síntomas relacionados con la vacuna. Un empleador puede limitar a un empleado a 24 horas o 3 días de licencia por cada cita para vacunación o vacunación de refuerzo y por cualquier efecto secundario consecuente, a menos que un proveedor de atención médica verifique que se necesita más tiempo para la recuperación.
- **Cuidado de usted mismo:** el asociado está sujeto a un período de cuarentena o aislamiento relacionado con COVID-19 según lo defina una directiva o guía del Departamento de Salud Pública de California, los Centros para Control y Prevención de Enfermedades federales o un funcionario de salud pública local con jurisdicción sobre el lugar de trabajo; un proveedor de atención médica le ha recomendado cuarentena; o está experimentando síntomas de COVID-19 y está buscando un diagnóstico médico.
- **Cuidado de un miembro de su familia*:** el asociado cubierto en California está cuidando un miembro de su familia sujeto a un período de cuarentena o aislamiento relacionado con COVID-19 o al que un proveedor de atención médica le ha recomendado cuarentena debido a COVID-19, o está cuidando a un hijo cuya escuela o centro de cuidados está cerrado o no disponible debido a la presencia de COVID-19 en las instalaciones.

Un asociado a tiempo completo cubierto en California puede tomar hasta 40 horas adicionales de licencia si no puede trabajar, de forma física o remota, por cualquiera de los siguientes motivos:

- El asociado cubierto en California da positivo por COVID-19
- El asociado cubierto en California está cuidando a un miembro de su familia* que dio positivo por COVID-19.

Asociados a tiempo parcial cubiertos en California: los asociados a tiempo parcial cubiertos en California pueden tomar una licencia por un máximo de tiempo equivalente a la cantidad de horas que trabajan durante dos semanas, con la mitad de esas horas disponibles solo cuando ellos o un miembro de su familia* da positivo por COVID-19.

Pago: si un asociado en California tomó una licencia por alguno de los motivos identificados anteriormente entre el 1 de enero de 2022 y el 19 de febrero de 2022, y esa licencia se pagó o compensó a una tarifa menor que la tarifa regular de pago del asociado, el asociado también puede solicitar un pago retroactivo. El pago se hará a la tarifa de pago regular o usual del asociado, no será mayor de \$511 por día ni de \$5,110 en total.

Está estrictamente prohibido tomar represalias o discriminar contra un asociado cubierto en California que solicite o use la licencia por enfermedad pagada suplementaria relacionada con COVID-19. Un asociado cubierto en California que experimente tales represalias o discriminación puede presentar una denuncia ante la Oficina del Comisionado de Trabajo. Encuentre la oficina distrital más cercana consultando el directorio en dir.ca.gov/dlse/DistrictOffices.htm mediante el listado alfabético de ciudades, ubicaciones y comunidades o llamando al 833.526.4636.

Departamento de Relaciones Industriales, Estado de California 2022

* Como miembros de la familia se incluyen hijos, padres, cónyuges, parejas domésticas registradas, abuelos, nietos o hermanos.

Sus derechos y protecciones contra facturas médicas sorpresivas

Cuando usted recibe atención de urgencia o atención por un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, está protegido contra facturación sorpresiva o facturación del saldo.

¿QUÉ ES LA “FACTURACIÓN DEL SALDO” (A VECES LLAMADA “FACTURACIÓN SORPRESIVA”)?

Cuando usted consulta a un médico u otro proveedor de atención médica, puede que adeude ciertos costos de su bolsillo, como un copago, un coseguro y/o un deducible. También puede tener otros costos o tener que pagar toda la factura si visita a un proveedor o una instalación de atención médica que no está dentro de la red de su plan de salud.

“Fuera de la red” describe a proveedores e instalaciones que no han firmado un contrato con su plan de salud. A los proveedores fuera de la red se les podría permitir que le facturen la diferencia entre lo que su plan aceptó pagar y el monto total cobrado por un servicio. A esto se le llama “facturación del saldo”. Esta cantidad es probable que sea mayor que los costos dentro de la red por el mismo servicio y puede que no cuente para el límite anual de gastos de su bolsillo.

La “facturación sorpresiva” es una factura de saldo inesperada. Esto puede suceder cuando no puede controlar quién participa en su atención, como cuando tiene una emergencia o planifica una visita a una instalación dentro de la red, pero recibe atención inesperada de un proveedor fuera de la red.

USTED ESTÁ PROTEGIDO CONTRA FACTURACIÓN DEL SALDO POR:

SERVICIOS DE EMERGENCIA

Si tiene un padecimiento médico de emergencia y recibe servicios de emergencia de un proveedor o instalación fuera de la red, lo máximo que el proveedor o instalación puede facturarle es el monto de los costos compartidos (como copagos y coseguro) dentro de la red de su plan. No puede recibir facturación del saldo por estos servicios de emergencia. Esto incluye servicios que usted pudiera recibir después de estar en una condición estable, a menos que usted dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones contra recibir facturación del saldo por estos servicios luego de la estabilización.

La ley de California de forma general protege a los consumidores contra facturas médicas sorpresivas cuando usan una instalación de salud dentro de la red y reciben atención de un proveedor fuera de la red sin su consentimiento. La ley está destinada a asegurar que los consumidores, en esas circunstancias, solo tengan que pagar sus costos compartidos dentro de la red. En situaciones cubiertas, los proveedores médicos no pueden enviar a los consumidores facturas fuera de la red cuando el consumidor cumplió con los requisitos de su asegurador de salud y acudió a una instalación dentro de la red. La ley en general aplica a los consumidores en planes regulados por el estado de California.

CIERTOS SERVICIOS EN UN HOSPITAL O CENTRO QUIRÚRGICO AMBULATORIO DENTRO DE LA RED

Cuando usted recibe servicios de un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, puede que ciertos proveedores no estén en la red. En estos casos, lo máximo que esos proveedores pueden facturarle es el monto de los costos compartidos dentro de la red de su plan. Esto aplica a servicios de medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, cirujano ayudante, hospitalista o intensivista. Estos proveedores no pueden aplicarle facturación del saldo y no pueden impedirle que renuncie a sus protecciones contra facturación del saldo.

Si usted recibe otros servicios en estas instalaciones dentro de la red, los proveedores fuera de la red no pueden aplicarle facturación del saldo, a menos que usted dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones.

Nunca estará obligado a renunciar a sus protecciones contra facturación del saldo. Tampoco se requiere que reciba atención fuera de la red. Usted puede elegir un proveedor o una instalación dentro de la red de su plan.

La ley de California de forma general protege a los consumidores contra facturas médicas sorpresivas cuando usan una instalación de salud dentro de la red y reciben atención de un proveedor fuera de la red sin su consentimiento. La ley está destinada a asegurar que los consumidores, en esas circunstancias, solo tengan que pagar sus costos compartidos dentro de la red. En situaciones cubiertas, los proveedores médicos no pueden enviar a los consumidores facturas fuera de la red cuando el consumidor cumplió con los requisitos de su asegurador de salud y acudió a una instalación dentro de la red. La ley en general aplica a los consumidores en planes regulados por el estado de California.

CUANDO NO SE PERMITE FACTURACIÓN DEL SALDO, USTED TAMBIÉN TIENE LAS SIGUIENTES PROTECCIONES:

- Usted solo es responsable de pagar su parte compartida del costo (como los copagos, el coseguro y los deducibles que pagaría si el proveedor o la instalación estuviera dentro de la red). Su plan de salud pagará directamente a los proveedores e instalaciones fuera de la red.
- Su plan de salud por lo general debe:
 - Cubrir servicios de emergencia sin requerir que usted obtenga por adelantado aprobación para esos servicios (autorización previa).
 - Cubrir servicios de emergencia por proveedores fuera de la red.
 - Basar lo que usted adeuda al proveedor o a la instalación (costo compartido) en lo que pagaría a un proveedor o instalación dentro de la red y mostrar dicho monto en su explicación de los beneficios.
 - Considerar cualquier monto que usted pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red hacia su deducible y límite de gastos de su bolsillo.

Si usted considera que ha sido facturado incorrectamente, comuníquese con Cigna o Kaiser Permanente al número de teléfono indicado en su tarjeta de identificación. También puede comunicarse con el No Surprises Help Desk del Departamento de Salud y Servicios Humanos federal si llama al 800.985.3059 o visitar **[cms.gov/nosurprises/consumers](https://www.cms.gov/nosurprises/consumers)** para informarse sobre las protecciones federales contra facturación sorpresiva, o con el Departamento de Atención Médica Administrada de California si llama al 888.466.2219 o visita **[HealthHelp.ca.gov](https://www.healthhelp.ca.gov)** para informarse sobre las protecciones estatales contra facturación sorpresiva.

Para obtener más información acerca de sus derechos bajo la ley federal, visite **[cms.gov/nosurprises/consumers](https://www.cms.gov/nosurprises/consumers)**.

Para obtener más información acerca de sus derechos bajo la ley estatal de California, visite **[HealthHelp.ca.gov](https://www.healthhelp.ca.gov)**.

WILLIAMS-SONOMA, INC.

P O T T E R Y B A R N pottery barn kids P O T T E R Y B A R N | **teen** west elm

WILLIAMS SONOMA CALIFORNIA WILLIAMS SONOMA HOME REJUVENATION MARK & GRAHAM OUTWARD

Este folleto presenta un breve resumen de las leyes federales que pueden afectar su cobertura de salud bajo el Plan de salud grupal de WSI. No tiene por objeto ser una descripción completa de estas leyes ni una descripción de sus beneficios. Si bien hemos hecho el mayor esfuerzo posible para garantizar que la información de este folleto sea exacta, las disposiciones de los documentos legales que describen los beneficios tendrán prioridad en caso de cualquier discrepancia.

ABRIL DE 2022