WILLIAMS-SONOMA, INC.

BENEFICIOS
PARA SU VIDA DIARIA

Sus beneficios para 2026-2027

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 2026-2027 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 reglas 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.	4
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.	4
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.	5
Aviso sobre sus derechos y protecciones contra facturas médicas sorpresivas que explica las protecciones que tiene contra facturas sorpresivas o facturación de saldo 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 al 31 de enero de 2026. 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: health.alaska.gov/en/services/division-of-public-assistance-services/apply-for-medicaid/

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 | Fax: 916-440-5676

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+: hcpf.colorado.gov/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): mycohibi.com/
Servicio al cliente de HIBI: 855.692.6442

FLORIDA – MEDICAID

flmedicaidtplrecovery.com/
877.357.3268

GEORGIA – MEDICAID

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

INDIANA – MEDICAID

HIPP/Todos los demás Medicaid
in.gov/medicaid/
800-457-4584
Administración de Servicios Sociales y Familiares
in.gov/fssa/dfr/
800-403-0864

IOWA – MEDICAID Y CHIP (HAWKI)

Medicaid
hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid | 800.338.8366
Hawki
hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/iowa-health-link/hawki
800.257.8563
HIPP
hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/fee-service/hipp | 888.346.9562

KANSAS – MEDICAID

kancare.ks.gov | 800.792.4884
HIPP: 800.967.4660

KENTUCKY – MEDICAID

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
KIHIPP.PROGRAM@ky.gov
KCHIP
kynect.ky.gov
877.524.4718
Medicaid
chfs.ky.gov/agencies/dms/Pages/default.aspx

LUISIANA – MEDICAID

medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp
888.342.6207 (línea directa de Medicaid) o 855.618.5488 (LaHIPP)
Correo electrónico de Medicaid: healthy@la.gov
Correo electrónico de LAHIPP: La.HIPP@la.gov

MAINE – MEDICAID

Inscripción
mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US
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 TTY: 711
masspremassistance@accenture.com

MINNESOTA – MEDICAID

mn.gov/dhs/health-care-coverage/
800.657.3672

MISSOURI – MEDICAID

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

MONTANA – MEDICAID

dphhs.mt.gov/
MontanaHealthcarePrograms/HIPP
800.694.3084 | HHSHIPPProgram@mt.gov

NEBRASKA – MEDICAID

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

NEVADA – MEDICAID

dhcfp.nv.gov | 800.992.0900

NEW HAMPSHIRE – MEDICAID

dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/
health-insurance-premium-program
800.852.3345, ext. 5218 o 603.271.5218
DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov

NUEVA JERSEY – MEDICAID Y CHIP

Medicaid
state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/
medicaid | 800.356.1561
Asistencia para el pago de las primas CHIP
609.631.2392
CHIP
njfamilycare.org/index.html
800.701.0710 TTY: 711

NUEVA YORK – MEDICAID

health.ny.gov/health_care/medicaid
800.541.2831

CAROLINA DEL NORTE – MEDICAID

medicaid.ncdhhs.gov | 919.855.4100

DAKOTA DEL NORTE – MEDICAID

hhs.nd.gov/healthcare | 866.614.6005

OKLAHOMA – MEDICAID Y CHIP

insureoklahoma.org | 888.365.3742

OREGÓN – MEDICAID Y CHIP

healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx
800.699.9075

PENSILVANIA – MEDICAID Y CHIP

Medicaid
pa.gov/en/services/dhs/apply-for-
medicaid-health-insurance-premium-
payment-program-hipp.html
800.692.7462
CHIP
dhs.pa.gov/CHIP/Pages/CHIP.aspx
800-986-KIDS (5437)

RHODE ISLAND – MEDICAID Y CHIP

eohhs.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

hhs.texas.gov/services/financial/health-
insurance-premium-payment-hipp-
program | 800.440.0493

UTAH – MEDICAID Y CHIP

UPP
medicaid.utah.gov/upp/
Correo electrónico: upp@utah.gov
888-222-2542
Expansión para adultos
medicaid.utah.gov/expansion/
Compra de Medicaid
medicaid.utah.gov/buyout-program/
CHIP
chip.utah.gov

VERMONT– MEDICAID

dvha.vermont.gov/members/medicaid/
hipp-program | 800.250.8427

VIRGINIA – MEDICAID Y CHIP

coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-
assistance/famis-select
coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-
assistance/health-insurance-premium-
payment-hipp-programs | 833.522.5582

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/index.htm
800.362.3002

WYOMING – MEDICAID

health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/
programs-and-eligibility
307.777.7531

Para ver si algún otro estado agregó un programa de asistencia para primas desde el 31 de enero de 2026, o para obtener 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.

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 linfedema.

Tal cobertura está sujeta a todos los términos de los planes, incluso las disposiciones sobre deducibles y coseguros correspondientes. Si desea obtener más información sobre los beneficios de WSI, envíe un mensaje por correo electrónico al Departamento de Beneficios de WSI en **benefitsdept@wsgc.com**.

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 del 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, el plan 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 del plan. Si tiene alguna pregunta, envíe un mensaje por correo electrónico al Departamento de Beneficios de WSI en **benefitsdept@wsgc.com**.

Aviso de derechos especiales de inscripción

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 nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación 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 800.413.1444, 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 obtener más información, comuníquese con el Centro de Recursos de Beneficios de WSI al 800.413.1444, opción 1.

Aviso de prácticas de privacidad bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA)

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede obtener acceso a esta información. Lea este aviso detenidamente.

1. PLAN DE SALUD GRUPAL DE WSI

Este Aviso describe las prácticas de privacidad del Plan de salud grupal de WSI (el "Plan"). El Plan proporciona beneficios de salud para los asociados elegibles de WSI y sus dependientes elegibles.

2. NUESTRO COMPROMISO CON RESPECTO A LA INFORMACIÓN MÉDICA

WSI siempre ha estado comprometida a conservar la confidencialidad de la información personal de nuestros asociados. El Plan está obligado por las leyes federales y estatales correspondientes a proteger la privacidad de la información de salud que puede identificarle individualmente (incluso la información genética) que el Plan crea o recibe (su "Información de salud protegida") y a proporcionarle este Aviso de sus derechos legales y prácticas de privacidad. Cuando el Plan usa o divulga su Información de salud protegida, el Plan está obligado a cumplir los términos de este Aviso (o de cualquier otro aviso vigente en el momento del uso o la divulgación).

3. USOS Y DIVULGACIONES SIN SU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO

El Plan puede usar y divulgar a otros su Información de salud protegida sin su autorización por escrito para los siguientes propósitos. La cantidad de información de salud usada o divulgada se limitará a la "mínima necesaria" para estos propósitos.

A. Tratamiento. El Plan puede divulgar su Información de salud protegida a su proveedor de atención médica para la prestación, coordinación o gestión de su atención médica y servicios relacionados, por ejemplo, para administrar su atención médica con el Plan o para remitirle a otro proveedor de atención médica

B. Pago. El Plan puede usar y divulgar su Información de salud protegida para obtener pago por su cobertura y para determinar y cumplir con la responsabilidad del Plan de proporcionar beneficios de salud, por ejemplo, para realizar determinaciones de cobertura, administrar reclamos y coordinar beneficios con otra cobertura que usted pueda tener. El Plan también puede divulgar su Información de salud protegida a otro plan de salud o proveedor de atención médica para sus actividades de pago, por ejemplo, para que el otro plan determine su elegibilidad o cobertura o para que el proveedor de atención médica obtenga el pago por los servicios de atención médica que le ha proporcionado.

C. Operaciones de atención médica. El Plan puede usar y divulgar su Información de salud protegida para sus operaciones de atención médica, por ejemplo, manejo de enfermedades, revisión médica, evaluación de la calidad y actividades de mejora. El Plan también puede divulgar su Información de salud protegida a otro plan de salud o proveedor de atención médica que tenga o haya tenido una relación con usted, para que lleve a cabo actividades de evaluación de la calidad y de mejora; actividades de acreditación, certificación, licenciamiento o credencialización; o para propósitos de conformidad o detección de abuso y fraude en la atención médica, por ejemplo, para que el otro plan de salud gestione casos o evalúe el desempeño de un proveedor de atención médica, o para que el proveedor de atención médica evalúe los resultados de tratamientos o lleve a cabo programas de capacitación para mejorar las habilidades en el cuidado de la salud. Como parte del programa de bienestar de WSI, los proveedores del plan comparten información de salud. HIPAA permite estas divulgaciones como parte de las actividades de cuidado de salud. A pesar de lo anteriormente mencionado, al Plan se le prohíbe usar o divulgar su información genética para propósitos de aseguramiento.

D. Para cumplir con la ley. El Plan puede usar y divulgar su Información de salud protegida hasta donde se requiera para cumplir con la ley correspondiente.

E. Divulgaciones a WSI. El Plan puede divulgar su Información de salud protegida a ciertos asociados u otras personas bajo el control de WSI según sea necesario para desempeñar las responsabilidades de WSI en la administración de las actividades de pago y operaciones de atención médica del Plan. Los documentos del plan identifican por cargo a los asociados u otras personas específicas bajo el control de WSI que tienen autorización para acceder a, o recibir, su información de salud protegida, con el propósito de administrar el Plan. WSI no puede usar su Información de salud protegida obtenida del Plan para acciones relacionadas con el empleo sin su autorización. Sin embargo, la información de salud que se deriva de otras fuentes, por ejemplo, en relación con una solicitud de beneficios por discapacidad, compensación de los trabajadores, seguro de vida, y seguro por muerte accidental y desmembramiento, o por una licencia que califica en virtud de la Ley de Licencia Familiar y Médica, no está protegida por la HIPAA, Si WSI obtiene su información de salud en alguna forma que no está relacionada con el Plan, este Aviso no aplicará a esa información de salud, pero WSI protegerá esa información en cumplimiento de otras leyes correspondientes y de las políticas de WSI

F. Asociados comerciales. El Plan contrata a diversos proveedores de servicios, llamados asociados comerciales, para realizar funciones de administración del plan en su nombre. Los asociados comerciales del Plan recibirán, crearán, usarán y divulgarán su Información de salud protegida, pero solo después que los asociados comerciales hayan aceptado por escrito proteger y mantener adecuadamente la confidencialidad de su Información de salud protegida.

G. Comunicaciones de marketing. El Plan puede usar y divulgar su Información de salud protegida para comunicarse personalmente con usted y exhortarle a comprar o usar un producto o servicio que no está incluido en los beneficios de salud proporcionados por el Plan, o para darle un regalo promocional de valor nominal. El Plan también puede comunicarse con usted para proporcionarle recordatorios sobre citas o información acerca de alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan serle útiles.

H. Actividades de salud pública. El Plan puede divulgar su Información de salud protegida para los siguientes propósitos y actividades de salud pública: (1) para reportar información de salud a las autoridades de salud pública que están autorizadas por ley a recibir dicha información con propósitos de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o incapacidad; (2) reportar abuso o negligencia infantil a una autoridad gubernamental que está autorizada por ley a recibir dichos informes; (3) para reportar información acerca de un producto o actividad bajo la jurisdicción de la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos a una persona que tiene responsabilidad por actividades relacionadas con la calidad, seguridad o efectividad de tal producto o actividad regulado por la FDA; y (4) para alertar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad transmisible si el Plan está autorizado por la ley proporcionar tal aviso.

I. Actividades de supervisión de la salud. El Plan puede divulgar su Información de salud protegida a una agencia gubernamental que es legalmente responsable de la supervisión del sistema de cuidado de la salud o de garantizar la conformidad con las reglas de los programas de beneficios gubernamentales, como Medicare o Medicaid, u otros programas regulatorios para los cuales se necesita información de salud para determinar conformidad.

J. Procedimientos judiciales y administrativos. El Plan puede divulgar su Información de salud protegida en el curso de un procedimiento judicial o administrativo como respuesta a una orden jurídica u otro proceso legal.

K. Funcionarios del orden público. El Plan puede divulgar su Información de salud protegida a la policía u otros funcionarios del orden público si así lo requiere la ley o para cumplir con un mandato judicial u otro proceso autorizado por la ley.

L. Salud o seguridad. El Plan puede divulgar su Información de salud protegida para prevenir o aminorar una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad de una persona o del público.

M. Funciones gubernamentales especializadas. El Plan puede divulgar su Información de salud protegida a unidades del gobierno con funciones especiales, como las Fuerzas Armadas de Estados Unidos o el Departamento de Estado de Estados Unidos.

N. Compensación de los trabajadores. El Plan puede divulgar su Información de salud protegida según sea necesario para cumplir con las leyes de compensación de los trabajadores.

O. Divulgaciones a familiares y amigos. El Plan puede divulgar Información de salud protegida a sus familiares, amigos cercanos u otras personas relacionadas con el cuidado de su salud si usted está presente y no objeta a esta divulgación (o si se puede inferir que usted no objeta), o, si usted no está presente o no puede objetar debido a incapacidad o emergencia, y la divulgación es en su mejor interés. La divulgación se limitará a la Información de salud protegida que es directamente relevante para la participación de la persona en su atención médica.

4. USOS Y DIVULGACIONES CON SU AUTORIZACIÓN POR ESCRITO

El Plan puede usar o divulgar a otros su Información de salud protegida para propósitos diferentes de los descritos en la Sección 3 anterior, pero solo si usted autoriza al Plan mediante el formulario de autorización del Plan. La mayoría de los usos y divulgaciones de notas de psicoterapia, usos y divulgaciones de su Información de salud protegida con propósitos de marketing y divulgaciones que constituyen una venta de su Información de salud protegida requieren su autorización bajo las reglas de privacidad de la HIPAA. Usted puede revocar su autorización, excepto para las acciones que el Plan haya tomado como resultado de su autorización previa, si entrega una declaración de revocación por escrito al funcionario de privacidad de la HIPAA identificado más adelante.

5. SUS DERECHOS INDIVIDUALES

A. Derecho a solicitar restricciones adicionales. Además de las explicadas en este Aviso, usted puede solicitar restricciones al uso y la divulgación por parte del Plan de su Información de salud protegida para pagos y operaciones de atención médica. Aunque el Plan analizará cuidadosamente todas las solicitudes de restricciones adicionales, no se requiere que esté de acuerdo con una restricción solicitada. Si un participante solicita una restricción en la divulgación de su Información de salud protegida a otro plan de salud, se requiere que el Plan apruebe la solicitud si (1) la divulgación se hace con motivos de pago u operaciones de atención médica y (2) la Información de salud protegida pertenece exclusivamente a un artículo o servicio de atención médica proporcionado por un proveedor de atención médica al que usted pagó en su totalidad de su bolsillo (en otras palabras, el Plan no ha pagado ninguna porción del artículo o servicio). Si un participante quiere solicitar restricciones adicionales, puede pedir un formulario de solicitud al funcionario de privacidad de la HIPAA y entregar el formulario completado al funcionario de privacidad de la HIPAA. Se le proporcionará una respuesta por escrito.

B. Derecho a recibir comunicaciones confidenciales. El plan atenderá cualquier solicitud razonable para que usted reciba su Información de salud protegida mediante medios de comunicación alternativos o en lugares alternativos. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea que se comuniquen con usted. Tenga presente que, en determinadas situaciones, como información sobre elegibilidad e inscripción, el Plan está obligado a comunicarse directamente con el asociado y no con un dependiente, a menos que la solicitud claramente especifique que la divulgación de esa información al asociado podría ponerle a usted en peligro.

C. Derecho a inspeccionar y copiar su Información de salud protegida. Usted puede solicitar acceso a los registros del Plan que contienen su Información de salud protegida para inspeccionar y solicitar copias de los registros. En la medida en que la información de salud protegida se mantenga en un registro de salud electrónico, los participantes pueden solicitar que el Plan proporcione una copia en formato electrónico al participante o a una persona o entidad designada por el participante. En circunstancias limitadas, el Plan puede negarle el acceso a una parte de sus registros. Si desea tener acceso a sus registros, obtenga un formulario de solicitud de registros del funcionario de privacidad de la HIPAA y envíe el formulario completado al funcionario de privacidad de la HIPAA. Si solicita copias, el Plan le cobrará los costos de copiado y envío por correo correspondientes.

D. Derecho a enmendar sus registros. Usted tiene derecho a solicitar que el Plan enmiende su Información de salud protegida conservada en los sistemas de registro de inscripción, pago, adjudicación de reclamos y gestión de caso o médica conservados por o para el Plan, así como cualquier otro registro usado por o para el Plan para tomar decisiones acerca de personas. Para hacer tal solicitud, obtenga un formulario de solicitud de enmienda del funcionario de privacidad de la HIPAA y envíe el formulario completado al funcionario de privacidad de la HIPAA. El Plan cumplirá con su solicitud, a menos que existan circunstancias especiales. Si la información que usted desea enmendar fue creada por su médico u otro proveedor de atención médica, debe comunicarse con el proveedor para enmendar la información.

   El Plan puede negar su solicitud de enmienda si la misma no incluye un motivo que respalde la solicitud o si el Plan considera que la información es exacta en su forma actual. Además, el Plan puede negar su solicitud si usted pide enmendar información que fue creada por otra organización de cuidado de la salud, pero el Plan le informará la fuente de dicha información, si se conoce.

E. Derecho a recibir una explicación de las divulgaciones. Si así lo solicita, usted puede obtener una explicación de ciertas divulgaciones de su Información de salud protegida realizadas por el Plan, excepto para las divulgaciones realizadas más de seis (6) años antes de la fecha de su solicitud. Si solicita una explicación más de una vez durante un período de doce (12) meses, el Plan le cobrará una tarifa razonable por la segunda explicación y por cualquier explicación subsiguiente. La explicación no incluirá divulgaciones de su Información de salud protegida realizadas en cumplimiento con la ley federal; para llevar a cabo actividades de tratamiento, pago u operaciones de atención médica; a usted; conforme a su autorización por escrito; por propósitos de seguridad nacional o inteligencia; o para instituciones correccionales o funcionarios del orden público.

F. Derecho a recibir una copia impresa de este Aviso. Si así lo solicita, usted puede obtener una copia impresa de este Aviso, incluso si usted aceptó recibir el Aviso electrónicamente.

G. Representantes personales. Usted puede ejercer sus derechos a través de un representante personal al cual el Plan le requerirá que presente evidencia de su autoridad para actuar en su nombre. La prueba de autoridad puede hacerse, por ejemplo, mediante un poder notarial o una orden judicial de nombramiento de la persona como su guardián legal o custodio. El Plan se reserva el derecho de negar el acceso a su representante personal.

H. Para obtener información adicional; quejas. Si desea información adicional acerca de sus derechos de privacidad, le preocupa que el Plan ha violado sus derechos de privacidad o está en desacuerdo con una decisión que Plan tomó acerca de los accesos a su Información de salud protegida, puede comunicarse con el funcionario de privacidad de la HIPAA. También puede presentar una queja por escrito ante el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. Si usted presenta una queja, el Plan no tomará represalias contra usted.

6. PROTECCIONES ESPECIALES PARA LOS REGISTROS DE TRATAMIENTOS POR TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL USO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS

en vigor a partir del 1º de abril de 2026

A. Registros de tratamientos por trastornos relacionados con el uso de sustancias adictivas. Cierta información de salud que el plan recibe o mantiene sobre usted puede estar sujeta a otras protecciones especiales federales de confidencialidad conforme al Código de Regulaciones Federales, título 42, parte 2 ("Parte 2"), la cual se aplica a los registros de diagnósticos, tratamientos o remisiones por trastornos relacionados con el uso de sustancias adictivas que el plan reciba de programas de tratamientos por trastornos relacionados con el uso de sustancias adictivas que tienen asistencia federal, así como a todo testimonio que informe el contenido de dichos registros. En este aviso, estos registros se denominan "Registros SUD" (Substance Use Disorder).

B. Protecciones especiales aplicables a los registros SUD. Salvo en circunstancias limitadas, los registros SUD no pueden utilizarse ni divulgarse sin consentimiento previo por escrito. Si el plan recibe registros SUD mediante un consentimiento general otorgado por usted a la parte 2 del programa de tratamientos por trastornos relacionados con el uso de sustancias adictivas, el plan o un asociado comercial puede utilizar y divulgar dichos registros SUD para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica, como se describe en este aviso. Si el plan recibe registros SUD mediante un consentimiento específico otorgado por usted al plan o a un tercero, el plan utilizará y divulgará sus registros SUD únicamente según lo que se especificó como permitido. Una vez divulgados, los registros SUD pueden estar sujetos a una nueva divulgación de conformidad con las regulaciones de la ley HIPAA.

C. Información altamente confidencial. Las leyes federales y estatales exigen protecciones especiales de privacidad para cierta información altamente confidencial sobre usted, incluidos los registros SUD, como: (a) notas de orientación que se conserven sobre trastornos relacionados con el uso de sustancias adictivas; (b) documentación en relación con servicios de salud mental o discapacidades del desarrollo; (c) información sobre consumo de drogas y alcohol, prevención, tratamiento y remisión; y (d) información sobre el estado serológico del VIH, pruebas y tratamiento, así como toda información relacionada con el diagnóstico o tratamiento de enfermedades de transmisión sexual. En general, el plan debe obtener su consentimiento específico para divulgar este tipo de información. Sin embargo, por ley, hay circunstancias limitadas en las que este tipo de información puede divulgarse sin su consentimiento. Por ejemplo, ciertas enfermedades de transmisión sexual deben informarse al Departamento de Salud.

D. Procedimientos legales y administrativos. Los registros SUD no se utilizarán ni divulgarán en procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos en su contra, a menos que usted proporcione un consentimiento específico por escrito que cumpla con los requisitos de la parte 2, o que se emita una orden judicial que autorice el uso o la divulgación después de ser notificado y se le haya dado a usted o al poseedor de los registros la oportunidad de ser escuchado. Toda orden judicial que autorice el uso o la divulgación de registros sujetos a la parte 2 debe estar acompañada de una citación u otro proceso legal válido que obligue a la divulgación antes de que los registros solicitados puedan utilizarse o divulgarse.

E. Notificación de incumplimiento. El plan o su representante le notificará si ocurre un incumplimiento con relación a sus registros SUD.

F. Los registros SUD no se usan para recaudar fondos. El plan no utiliza registros SUD con fines de recaudación de fondos.

7. FECHA DE VIGENCIA Y DURACIÓN DE ESTE AVISO

A. Fecha de entrada en vigor: Este aviso entra en vigor a partir del 1º de abril de 2026.

B. Derecho a cambiar los términos de este Aviso. WSI puede cambiar los términos de este Aviso en cualquier momento. Si WSI cambia este Aviso, el nuevo aviso será efectivo para toda su Información de salud protegida que WSI mantiene, incluida cualquier información creada o recibida antes de la emisión del nuevo aviso. Si WSI cambia este Aviso, a usted se le enviará un nuevo aviso si está cubierto por el Plan. Usted también puede obtener cualquier nuevo Aviso comunicándose con el funcionario de privacidad de la HIPAA.

C. Limitación sobre la aplicación del Aviso. Este Aviso no aplica a información que no identifica a una persona y con respecto a la cual no hay un fundamento razonable para creer que la información puede usarse para identificar a una persona.

Además, el Plan puede usar o divulgar "información de salud resumida" a WSI para sus propósitos de obtener cotizaciones para primas o modificar, enmendar o dar por terminado el Plan. La información de salud resumida es información que resume el historial de reclamos, los gastos de los reclamos o los tipos de reclamos experimentados por personas para las cuales WSI proporciona beneficios bajo el Plan y de la cual se ha borrado la información que identifica a una persona, excepto los códigos postales de cinco dígitos. El plan y WSI también pueden usar o divulgar información sobre elegibilidad e inscripción sin su autorización.

8. MANTENGA AL PLAN INFORMADO SOBRE CAMBIOS DE DOMICILIO

Un participante debe mantener al Plan informado de cualquier cambio en la dirección de su domicilio y en las direcciones de los domicilios de sus familiares cubiertos. En caso que se produzca una violación de la Información de salud protegida de un participante, el Plan notificará al participante a la dirección que existe en los registros.

9. FUNCIONARIO DE PRIVACIDAD DE LA HIPAA

Puede comunicarse con el funcionario de privacidad de la HIPAA en:

HIPAA Privacy Officer
Chris McBride
SVP, Total Rewards & HR Operations
Williams-Sonoma, Inc.
6300 Fallwater Trail Suite 100
The Colony, TX 75056
cmcbride3@wsgc.com

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 MCS Global Standard 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** 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** 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**.

Para obtener más información acerca de sus derechos bajo la ley estatal de California, visite **HealthHelp.ca.gov**.

WILLIAMS-SONOMA, INC.

POTTERY BARN pottery barn kids POTTERY BARN | teen west elm

WILLIAMS SONOMA WILLIAMS SONOMA HOME MARK & GRAHAM REJUVENATION GreenRow dormify

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 2026

PUERTO RICO