



Avisos legales (Puerto Rico)

Índice

Aviso importante acerca de su cobertura de medicamentos recetados de Citi y Medicare	2
Aviso de la Ley de derechos sobre salud y cáncer de las mujeres	6
Aviso de la Ley de protección de la salud de las madres y los recién nacidos	6
Sus derechos especiales de inscripción en virtud de la Ley de portabilidad y responsabilidad del seguro médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)	7
Aviso de las prácticas de privacidad de la ley HIPAA	8

Si usted o sus dependientes están inscritos en Medicare o serán elegibles para los beneficios de Medicare en los próximos 12 meses, una ley federal les ofrece más opciones para su cobertura de medicamentos recetados. Para obtener más información, consulte la página 2 para ver la sección Aviso importante acerca de su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Aviso importante acerca de su cobertura de medicamentos recetados de Citi y Medicare

Si usted o sus dependientes están inscritos en Medicare o serán elegibles para los beneficios de Medicare en los próximos 12 meses, una ley federal les ofrece más opciones para su cobertura de medicamentos recetados. Lea la siguiente información.

Citi ha determinado que la cobertura de medicamentos recetados proporcionada a través de las opciones médicas ofrecidas por Citi es “acreditable” conforme a Medicare.

Este aviso, que Medicare exige se entregue a las personas elegibles para la cobertura de Medicare,¹ contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados de Citi y la cobertura de medicamentos recetados disponible para las personas con cobertura de Medicare.

Si sus familiares o usted actualmente no tienen cobertura de Medicare y no serán elegibles o no tendrán cobertura en los próximos 12 meses, este aviso no le corresponde.

Guarde este aviso. Si se inscribe para la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, es posible que se le pida que presente este aviso para probar que tenía “cobertura acreditable” y, por lo tanto, no está obligado a pagar una prima más alta que las primas cobradas generalmente por los planes de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare.

Es posible que reciba el presente aviso en otros momentos en el futuro (por ejemplo, antes del próximo período en el que puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare o si su cobertura de medicamentos recetados de Citi cambia de manera tal que la cobertura deja de ser “cobertura acreditable”). Puede solicitar otra copia del presente aviso llamando al Centro de beneficios de Citi a través de ConnectOne como se indica en la página 17.

Cobertura de medicamentos recetados y Medicare

La cobertura de medicamentos recetados a través de los planes de Medicare de medicamentos recetados está disponible para todas las personas con cobertura de Medicare. Esta cobertura es ofrecida por compañías privadas de seguros de salud y no directamente por el gobierno federal. *Todos los planes de medicamentos recetados de Medicare ofrecen al menos un nivel “estándar” de cobertura establecido por Medicare.* Es posible que algunos planes también ofrezcan una mayor cobertura por una prima mensual más alta.

“Cobertura acreditable”

Usted tiene cobertura de medicamentos recetados a través del Plan componente Triple-S del Plan de beneficios de salud de Citigroup. Citi ha determinado que la cobertura de

¹ Citi está obligado por la ley a distribuir el presente aviso a los empleados actuales y exempleados que están inscritos en la cobertura de Citi y que pueden ser elegibles para la cobertura de Medicare. Por lo general, usted es elegible para la cobertura de Medicare a los 65 años de edad, o como consecuencia de una discapacidad.

medicamentos recetados de Citi es “cobertura acreditable”, ya que, en promedio, en el caso de todos los participantes del plan, se prevé que la cobertura de medicamentos recetados de Citi pague al menos lo mismo que pagará la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare en 2027. Dado que su cobertura actual es, en promedio, al menos, del mismo nivel que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare, usted puede conservar esta cobertura y no pagar costos adicionales si más adelante decide inscribirse para la cobertura de Medicare.

Cómo entender los puntos básicos

Queda a su criterio decidir qué opción de cobertura de medicamentos recetados tiene mayor sentido financiero para usted y su familia, teniendo en cuenta su situación personal. Si usted está considerando la opción de inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare disponible en su área, es necesario que evalúe cuidadosamente lo que el plan tiene para ofrecer en comparación con la cobertura que usted tiene a través de su plan médico de Citi. Antes de decidirse a participar en un plan de medicamentos recetados de Medicare, asegúrese de que entiende las implicaciones de hacerlo:

- Usted tiene cobertura de medicamentos recetados conforme al Plan componente Triple-S del Plan de beneficios de salud de Citigroup. Su cobertura de medicamentos recetados conforme al Plan componente Triple-S del Plan de beneficios de salud de Citigroup se considera primaria con respecto a Medicare. Esto significa que su plan de Citi paga beneficios en primer lugar. Aunque usted puede optar por inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, además de su inscripción en el Plan componente Triple-S del Plan de beneficios de salud de Citigroup, debe considerar cómo la cobertura de medicamentos recetados de Citi podría afectar los beneficios que usted reciba conforme al plan de medicamentos recetados de Medicare.
- Si decide inscribirse en el plan de medicamentos recetados de Medicare y es empleado activo o familiar de un empleado activo, es posible que pueda continuar con la cobertura de su empleador. En este caso, la cobertura de medicamentos de Citi seguirá pagando primero, tal como lo hacía antes de que se inscribiera en un plan de medicamentos recetados de Medicare.
- Si renuncia o abandona la cobertura de medicamentos recetados de Citi y se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare, este último será el único pagador. Puede volver a inscribirse en el plan del empleador durante la inscripción anual o si experimenta un evento de inscripción especial para el Plan componente Triple-S del Plan de beneficios de salud de Citigroup, siempre que continúe siendo elegible. Usted debería comparar cuidadosamente su cobertura actual, incluido qué medicamentos están cubiertos, con la cobertura y el costo de los planes que ofrece la cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su área.
- Su cobertura actual de Citi es, en promedio, *al menos del mismo nivel* que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare en 2027 (esta es su “cobertura acreditable”). Por consiguiente, usted puede mantener su cobertura actual de Citi y no pagar nada adicional si decide que desea inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare. Las personas pueden inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare cuando por primera vez son elegibles para la cobertura de Medicare. Además, las personas con cobertura de Medicare tienen la oportunidad de inscribirse en un

plan de medicamentos recetados de Medicare durante el período de inscripción anual del 15 de octubre al 7 de diciembre para obtener cobertura a partir del primer día del año siguiente.

- Si cancela o pierde su cobertura de Citi y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare antes de que termine el período de inscripción correspondiente en Medicare, es posible que deba pagar más para inscribirse posteriormente en un plan de medicamentos recetados de Medicare. Si usted pierde su cobertura de medicamentos recetados conforme al Plan componente Triple-S del Plan de beneficios de salud de Citigroup por causas ajenas a su responsabilidad, será elegible para un Período especial de inscripción (Special Enrollment Period, SEP) de 60 días para inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare.

Además, si usted pierde o decide terminar su cobertura conforme al Plan componente Triple-S del Plan de beneficios de salud de Citigroup, será elegible para inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare en ese momento, también conforme al SEP. Si durante 63 días o más no tiene cobertura de medicamentos recetados que sea al menos del mismo nivel que la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, su prima mensual aumentará por lo menos un 1 % por cada mes que estuvo sin dicha cobertura.

Por ejemplo, si transcurren 19 meses sin que tenga cobertura, su prima siempre será al menos un 19 % más alta que lo que la mayoría de las demás personas que se inscribieron en su debido momento pagan por la misma cobertura. Usted debe pagar este porcentaje de prima más alta mientras tenga la cobertura de Medicare. Además, es posible que para inscribirse tenga que esperar hasta el próximo período de inscripción.

Para obtener más información sobre Medicare

El manual “Medicare y usted” brinda información más detallada acerca de los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados. Acceda al manual al visitar **www.medicare.gov/medicare-and-you**. Asimismo, es posible que se comuniquen de los planes de medicamentos recetados de Medicare directamente con usted. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, haga lo siguiente:

- Visite **www.medicare.gov**.
- Llame a su programa estatal de asistencia de seguro de salud (consulte la copia del manual “Medicare y usted” para obtener el número de teléfono).
- Llame al **1-800-MEDICARE** o al **1 (800) 633-4227**; los usuarios de dispositivos de telecomunicación para sordos (Telecommunication Device for the Deaf, TDD) deben llamar al **1 (877) 486-2048**.

¿Cualifica usted para la “ayuda adicional” de Medicare de acuerdo con sus ingresos y recursos?

Puede obtener el nivel de ingresos de Medicare y las pautas sobre activos llamando al **1-800-MEDICARE** o al **1 (800) 633-4227**. Si reúne los requisitos para recibir asistencia, visite el sitio web del Seguro Social en **www.socialsecurity.gov**, o llame al **1 (800) 772-1213** para pedir una solicitud para recibir ayuda adicional.

Para obtener más información sobre el presente aviso

Llame al Centro de beneficios de Citi a través de ConnectOne al **1 (800) 881-3938**. En el menú “benefits” (beneficios) de ConnectOne, elija la opción “health and insurance benefits” (beneficios de salud y de seguro) para hablar con un representante del Centro de beneficios de Citi. Usted puede hablar con un representante de 9 a. m. a 6 p. m., hora del este, de lunes a viernes, excepto los días festivos.

Desde fuera de los Estados Unidos y Puerto Rico: Llame a los Servicios compartidos de Recursos Humanos (Human Resources Shared Services, HRSS) del Centro de servicio de América del Norte al **1 (469) 220-9600**. Presione 1 cuando se le indique. En el menú “benefits” (beneficios) de ConnectOne, elija la opción “health and insurance benefits” (beneficios de salud y de seguro) para hablar con un representante del Centro de beneficios de Citi.

Usuarios de TDD: Llame al Servicio de retransmisión de telecomunicaciones al **1 (866) 280-2050**. Luego llame a ConnectOne al **1 (800) 881-3938**, como se indicó anteriormente.

Nota: Usted recibirá este aviso cada año, antes del siguiente período en el que pueda inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare y si cambia la cobertura a través de Citi. También puede solicitar una copia a través del Centro de beneficios de Citi. Para llamar al Centro de beneficios de Citi, lea las instrucciones que figuran inmediatamente arriba.

Aviso de la Ley de derechos sobre salud y cáncer de las mujeres

La Ley de derechos sobre salud y cáncer de las mujeres (Women's Health and Cancer Rights Act) exige que los planes de salud grupales que brindan cobertura de mastectomías cubran las cirugías reconstructivas y las prótesis posteriores a la mastectomía. Si le han realizado o van a realizarle una mastectomía, es posible que tenga derecho a determinados beneficios conforme a la Ley de derechos sobre salud y cáncer de las mujeres (Women's Health and Cancer Rights Act, WHCRA) de 1998. Para las personas que reciban beneficios relacionados con una mastectomía, la cobertura se proporcionará según lo determinado en consulta con el médico tratante y el paciente para lo siguiente:

- todas las etapas de reconstrucción del seno en el que se realizó la mastectomía;
- cirugía y reconstrucción del otro seno para producir un aspecto simétrico;
- prótesis; y
- tratamiento de las complicaciones físicas en todas las etapas de la mastectomía, incluido el linfedema.

Estos beneficios se proporcionarán sujetos a los mismos deducibles y coseguros aplicables para otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados por este plan.

Aviso de la Ley de protección de la salud de las madres y los recién nacidos

Los planes de salud grupales y las compañías emisoras de seguro de salud, por lo general, no pueden, en virtud de la ley federal, restringir los beneficios de ninguna duración de estadía hospitalaria relacionada con el nacimiento de un niño para la madre o el niño recién nacido a menos de 48 horas después de un parto natural, o menos de 96 horas después de una cesárea.

No obstante, la ley federal generalmente no prohíbe que el médico proveedor de la atención de la madre o del recién nacido, después de consultar con la madre, dé de alta a la madre o al recién nacido antes de las 48 horas, o 96 horas, según corresponda. En cualquier caso, los planes y las compañías emisoras no podrán, en virtud de la ley federal, requerir que un proveedor obtenga autorización de un plan o de la compañía emisora de seguros para prescribir una duración de la estadía que no supere las 48 horas después de un parto natural, o 96 horas después de una cesárea.

Sus derechos especiales de inscripción en virtud de la ley HIPAA

La Ley de portabilidad y responsabilidad del seguro médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996 es una ley federal promulgada para proporcionar una mejor portabilidad y continuidad de la cobertura de seguro de salud para los dependientes.

Sus derechos de inscripción especiales

Si usted declina inscribirse en la cobertura médica del Plan componente Triple-S del Plan de beneficios de salud para usted o sus dependientes elegibles, incluido su cónyuge legal, porque usted o sus familiares tienen otra cobertura de salud, es posible que en el futuro pueda inscribirse o inscribir a sus dependientes en la cobertura de Citi sin necesidad de esperar el período de inscripción abierta, siempre y cuando solicite la inscripción dentro de los 31 días posteriores a la fecha en que su cobertura termina debido a que usted o un miembro de su familia pierden la elegibilidad conforme a otro plan o porque su cobertura conforme a la Ley General de Conciliación del Presupuesto Consolidado (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA) ha finalizado.

Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción de un niño, es posible que también puedan inscribirse usted y sus dependientes elegibles, siempre y cuando solicite la inscripción dentro de los 31 días posteriores a la fecha del matrimonio, nacimiento o adopción. Consulte la información de contacto en la página 17.

Citi también permitirá una oportunidad de inscripción especial si usted o sus dependientes elegibles atraviesan alguna de estas situaciones:

- pierden la cobertura de Medicaid porque ya no son elegibles;
- se vuelven elegibles para un programa estatal de asistencia para el pago de primas conforme a Medicaid.

Para aprovechar estas oportunidades de inscripción, usted tendrá *60 días* (en vez de 31) a partir de la fecha del cambio de elegibilidad para Medicaid para solicitar la inscripción en el Plan componente Triple-S del Plan de beneficios de salud. Tenga en cuenta que esta extensión de 60 días no se aplica a las oportunidades de inscripción que no sean un cambio de elegibilidad para Medicaid.

Si usted no cumple con el plazo de 31 días para inscribirse, deberá esperar hasta el siguiente período de inscripción anual, o hasta que tenga otro cambio de estado cualificado u otro derecho de inscripción especial.

Nota: Si su dependiente se vuelve elegible para un derecho de inscripción especial, puede agregar el dependiente a su cobertura actual o cambiar a otro plan médico.

Para cumplir con los requisitos del plan, Citi se reserva el derecho, en cualquier momento, de solicitar documentación por escrito sobre la elegibilidad de cualquier dependiente para recibir beneficios del plan o la fecha de entrada en vigencia del cambio de estado cualificado.

Aviso de las Prácticas de privacidad de la ley HIPAA

Este aviso de prácticas de privacidad de la Ley de portabilidad y responsabilidad del seguro médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) describe cómo el Plan de beneficios de salud de Citigroup, el Plan de beneficios dentales de Citigroup y el Programa de bienestar de Citigroup (denominados colectivamente en esta sección como un “Acuerdo de atención médica organizada” o “Planes componente” y de forma individual en esta sección como un “Plan componente”) pueden utilizar y revelar su información médica protegida.

El presente aviso también establece las obligaciones legales de los Planes componentes con respecto a su información médica protegida y describe sus derechos para acceder y controlar su información médica protegida. Todos los Planes componentes han acordado cumplir con los términos del presente aviso. El presente aviso ha sido redactado de conformidad con la Norma de privacidad HIPAA, incluida en el Código de regulaciones federales, 45 CFR, partes 160 y 164, en su versión modificada por el título XIII, subtítulo D de la Ley estadounidense de recuperación y reinversión (American Recovery and Reinvestment Act, ARRA; P.L. 111-5) de 2009 y los reglamentos promulgados en virtud de esta. Los términos que no están definidos en el presente aviso tienen el mismo significado que tienen en la Norma de Privacidad HIPAA, modificada por la ley ARRA y sus normas relacionadas. Este aviso también describe sus derechos con respecto al uso y divulgación de información médica protegida por parte de los Planes componentes, que incluya información sobre trastornos por consumo de sustancias, en la medida en que un Plan componente reciba, conserve o transmita registros sujetos a la normativa de Confidencialidad de los Registros de Pacientes por Abuso de Alcohol y Drogas, 42 CFR, parte 2 (“parte 2”).

Para obtener respuestas a sus preguntas e información adicional

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información acerca del presente aviso, llame al Centro de beneficios de Citi a través de ConnectOne, según se indica en la página 17. Para ejercer cualquiera de los derechos descritos en el presente aviso, comuníquese con el administrador externo del Plan componente correspondiente, como se indica en la página 17.

Responsabilidades de los Planes componentes

Cada Plan componente está obligado por la ley a mantener la privacidad de su información médica protegida. Si participa en una opción de plan asegurado, usted recibirá un aviso directamente por parte de la aseguradora. Es importante que tenga en cuenta que estas normas se aplican a los Planes componentes y no a Citi como empleador; esa es la forma en que funcionan las normas de la HIPAA. Es posible que se apliquen políticas distintas a otros programas de Citi o a los datos no relacionados con los Planes componentes. La Norma de privacidad HIPAA define que la “información médica protegida” incluye cualquier información médica de identificación individual (1) que es creada o recibida por un proveedor de atención médica, plan de salud, empleador o centro de atención médica; (2) que se relaciona con la salud física o mental o condición pasada, presente o futura de esa persona; la prestación de atención de salud a dicha persona; o el pago por el suministro de tal atención de la salud; y (3) que está en la posesión o control de una entidad cubierta por la Norma de privacidad HIPAA

(denominadas “entidades cubiertas”), que incluye un plan de salud grupal. A los Planes componentes se les exige que limiten el uso, la divulgación o la solicitud de información médica protegida en la medida de lo posible, ya sea a conjuntos de datos limitados o, de ser necesario, al mínimo necesario para lograr el propósito del uso, la divulgación o la solicitud.

Los Planes componentes están obligados a proporcionarle a usted una copia del presente aviso estableciendo sus deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica protegida. Los Planes componentes deben cumplir con los términos del presente aviso. Los Planes componentes aceptan no utilizar ni divulgar su información médica, a menos que así lo permitan o requieran los documentos del Plan componente y la ley. Los empleados, como el personal de beneficios, nómina o finanzas, son los únicos empleados que tendrán acceso a su información médica para cumplir con las funciones de administración del plan.

Uso y divulgación de la información médica protegida

A continuación, se describe cuándo un Plan componente tiene permitido o debe usar o revelar su información médica protegida. Esta lista es exigida por la Norma de privacidad HIPAA.

Operaciones de atención médica y pagos. Cada Plan componente tiene derecho a utilizar y revelar su información médica protegida para todas las actividades incluidas en las definiciones de “pago” y “operaciones de atención médica”, como se define en la Norma de privacidad HIPAA, modificada por la ley ARRA.

Pagos. Los Planes componentes utilizarán o revelarán su información médica protegida para cumplir con sus responsabilidades en materia de cobertura y para proporcionar beneficios como se establece en sus documentos rectores. Por ejemplo, los Planes componentes pueden revelar su información médica protegida cuando un proveedor solicite información sobre su elegibilidad para los beneficios conforme a un Plan componente, o pueden usar su información para determinar si un tratamiento que usted recibió era médicamente necesario.

Operaciones de atención médica. Los Planes componentes utilizarán o revelarán su información médica protegida para cumplir con las funciones de negocio de los Planes componentes. Estas funciones incluyen, entre otras, evaluación y mejora de la calidad, revisiones del desempeño del proveedor, otorgamiento de licencias, planificación comercial y desarrollo de negocios. Por ejemplo, un Plan componente puede usar o revelar su información médica protegida (1) para proporcionarle información acerca de un programa de manejo de enfermedades; (2) para responderle a una consulta de cliente sobre servicios; (3) en relación con programas de detección y cumplimiento relacionados con fraude y abuso; o (4) para hacerle una encuesta en relación con la eficacia con la que dicho Plan componente presta servicios, entre otros temas.

Asociados comerciales. Cada Plan componente podrá celebrar contratos con proveedores de servicio, denominados asociados comerciales, a fin de realizar diversas funciones en nombre de dicho plan. Por ejemplo, los Planes componentes pueden celebrar un contrato con un proveedor de servicios para llevar a cabo las funciones administrativas necesarias para pagar sus reclamaciones médicas. Para realizar estas funciones o proporcionar los servicios, nuestros asociados comerciales recibirán, crearán, mantendrán, usarán o revelarán información médica protegida, pero solo después de que dicho Plan componente y el asociado

comercial acepten por escrito los términos contractuales que exigen que el asociado comercial proteja su información de forma adecuada.

Acuerdo organizado de atención médica. Los Planes componentes pueden compartir su información médica protegida entre sí para llevar a cabo pagos y actividades de atención médica.

Otras entidades cubiertas. Los Planes componentes pueden usar o revelar su información médica protegida para ayudar a los proveedores de atención médica en relación con sus actividades de tratamiento o pago, o para asistir a otras entidades cubiertas en relación con determinadas operaciones de atención médica. Por ejemplo, los Planes componentes pueden revelar su información médica protegida a un proveedor de atención médica cuando lo necesite el proveedor para brindarle tratamiento a usted. Los Planes componentes pueden revelar información médica protegida a otra entidad cubierta para llevar a cabo operaciones de atención médica en las áreas de control de calidad y actividades de mejora o acreditación, certificación, licencia o comprobación de credenciales.

Los Planes componentes también pueden revelar o compartir su información médica protegida con otros programas de atención médica o compañías de seguros (incluidos, por ejemplo, Medicare o una compañía de seguros privada) para coordinar los beneficios si usted o su familia tienen otro seguro de salud o cobertura.

Cuando sea exigido por la ley. Los Planes componentes revelarán su información médica protegida cuando se lo exija la ley federal, estatal o local.

Actividades de salud pública. Cada Plan componente puede usar o revelar su información médica protegida para actividades de salud pública que estén permitidas o sean exigidas por la ley. Por ejemplo, cada Plan componente puede usar o revelar información con el objetivo de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o incapacidades, o puede revelar dicha información a una autoridad de salud pública autorizada para recibir informes de maltrato infantil o abandono. Los Planes componentes también pueden revelar información médica protegida, si lo ordena una autoridad de salud pública, a una agencia gubernamental extranjera que colabore con la autoridad de salud pública.

Actividades de supervisión de la salud. Los Planes componentes pueden revelar su información médica protegida a las agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley. Por ejemplo, estas actividades de supervisión pueden incluir auditorías, investigaciones, inspecciones, otorgamiento de licencias o aplicación de medidas disciplinarias, o procedimientos o acciones civiles, administrativas o penales. Las agencias de supervisión que solicitan esta información incluyen las agencias gubernamentales que supervisan el sistema de salud, los programas de prestaciones gubernamentales, otros programas normativos gubernamentales y las agencias gubernamentales encargadas del cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

Demandas y otros procedimientos legales. Los Planes componentes pueden revelar su información médica protegida en el curso de cualquier procedimiento judicial o administrativo o en respuesta a una orden de un tribunal o tribunal administrativo (en la medida en que dicha divulgación esté expresamente autorizada en la orden del tribunal). Si se cumplen ciertas

condiciones, los Planes componentes también pueden revelar su información médica protegida en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal.

Abuso, abandono o violencia doméstica. Los Planes componentes pueden revelar su información médica protegida a una autoridad gubernamental que esté autorizada por la ley para recibir informes de abuso, abandono o violencia doméstica. Asimismo, como lo exige la ley, un Plan componente puede revelar su información médica protegida a una entidad gubernamental autorizada para recibir dicha información si el Plan cree que usted ha sido víctima de abuso, abandono o violencia doméstica, incluidos los servicios sociales o las agencias de servicios de protección autorizados por ley para recibir informes (se le notificará sobre la divulgación del Plan si el hecho de informarle no le genera un riesgo adicional).

Cumplimiento de la ley. En determinadas condiciones, los Planes componentes también pueden revelar su información médica protegida a agentes del orden público a los efectos de hacer cumplir la ley. Estos efectos de cumplimiento de la ley incluyen, por ejemplo: (1) respuestas a una orden judicial o proceso similar; (2) aquellos que sean necesarios para localizar o identificar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida; o (3) aquellos relacionados con la víctima de un delito.

Médicos forenses, examinadores médicos y directores funerarios. Los Planes componentes pueden revelar información médica protegida a un médico forense o examinador médico, cuando sea necesario, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de una muerte. Los Planes componentes también pueden revelar información médica protegida a los directores funerarios, según sea necesario, para que puedan llevar a cabo sus tareas.

Donación de órganos y tejidos. Asimismo, los Planes componentes pueden revelar información médica protegida a las organizaciones encargadas de la donación y el trasplante de órganos, ojos o tejidos después de un fallecimiento.

Investigación. Los Planes componentes pueden revelar su información médica protegida a los investigadores cuando (1) la investigación haya sido aprobada por una junta de revisión institucional que haya revisado la propuesta de investigación y establecido protocolos para asegurar la privacidad de su información médica protegida, o (2) la investigación consta de un conjunto limitado de datos que no incluye identificadores únicos, tales como nombre, dirección, número de Seguro Social, etc.

Para evitar una amenaza grave a la salud o a la seguridad. Conforme a las leyes vigentes, los Planes componentes pueden revelar su información médica protegida si la divulgación es necesaria para evitar o disminuir una amenaza grave e inminente a la salud o a la seguridad de una persona o del público. Los Planes componentes también pueden revelar información médica protegida si es necesario para que las autoridades encargadas del cumplimiento de la ley identifiquen o capturen a una persona.

Militar. En determinadas condiciones, los Planes componentes pueden revelar su información médica protegida si usted forma o formó parte del personal de las fuerzas armadas para actividades consideradas necesarias por las autoridades de comando militar correspondientes. Si usted es miembro de un servicio militar extranjero, los Planes componentes pueden revelar, en determinadas circunstancias, su información a la autoridad militar extranjera.

Servicios nacionales de protección y seguridad. Los Planes componentes pueden revelar su información médica protegida a los agentes federales autorizados para que realicen actividades de seguridad e inteligencia nacional, y para la protección del Presidente, otras personas autorizadas o jefes de estado.

Reclusos. Si usted es un recluso de una institución penitenciaria o bajo la custodia de un agente del orden público, los Planes componentes pueden revelar su información médica protegida a la institución penitenciaria o a un agente del orden público: (1) para que la institución le brinde atención médica; (2) para proteger su salud y seguridad o la salud o seguridad de otros; o (3) para la seguridad y protección de la institución penitenciaria.

Investigaciones del HHS. Cada Plan componente está obligado a revelar su información médica protegida al Departamento de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services, HHS) de los EE. UU. para que este investigue o determine el cumplimiento de la norma de privacidad de la HIPAA por parte de un Plan componente.

Indemnización de los trabajadores. Los Planes componentes pueden revelar su información médica protegida para cumplir con las leyes de indemnización de los trabajadores y otros programas similares que proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Divulgación al patrocinador del plan. Los Planes componentes (o sus respectivos proveedores de seguros de salud o HMO) pueden revelar su información médica protegida a Citi y a sus empleados y representantes en la facultad de patrocinador de los Planes componentes.

Otras personas que participen en su atención médica. Los Planes componentes pueden revelar su información médica protegida a un amigo o familiar que participen en su atención médica, a menos que usted se oponga o solicite una restricción (de conformidad con el proceso descrito en “Derecho a solicitar una restricción” en la página 14). Los Planes componentes también pueden revelar su información a una entidad de ayuda en casos de catástrofes para que su familia sea notificada sobre su afección, estado y ubicación. Si usted no está presente o no puede aceptar que se realicen estas divulgaciones de su información médica protegida, entonces, mediante su buen criterio profesional, los Planes componentes pueden determinar si la divulgación es beneficiosa para usted.

Divulgaciones realizadas al secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Cada Plan componente está obligado a revelar su información médica protegida al secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. si el secretario está investigando o determinando el cumplimiento de la Norma de privacidad HIPAA por parte de un Plan componente.

Divulgaciones a usted. Cada Plan componente está obligado a revelarle a usted o a su representante personal la mayor parte de su información médica protegida cuando usted solicite acceso a esta información. Los Planes componentes revelarán su información médica protegida a una persona que haya sido designada por usted como representante personal y que esté cualificada para dicha designación de conformidad con las leyes pertinentes.

Sin embargo, con anterioridad a dicha divulgación, es necesario entregarle a cada Plan componente documentación por escrito que respalde y establezca la base para la representación personal. Un Plan componente puede optar por no tratar a la persona como su representante personal si tiene una creencia razonable de que usted ha sido o puede ser víctima de violencia doméstica, abuso o abandono por parte de dicha persona; si tratar a dicha persona como su representante personal podría ponerlo a usted en peligro; o si dicho Plan componente determina, en el ejercicio de su criterio profesional, que no es lo más beneficioso para usted tratar a esa persona como su representante personal.

Otros usos y divulgaciones de su información médica protegida

Otros usos y divulgaciones de su información médica protegida que no se mencionan anteriormente se harán solo con su autorización por escrito, según lo establecido para cada Plan componente. Si usted provee dicha autorización a un Plan componente, puede revocar la autorización por escrito, y dicha revocación, una vez recibida, tendrá vigencia para usos y divulgaciones de su información médica protegida en el futuro. Sin embargo, la revocación no tendrá vigencia para la información que ya fue usada o revelada por dicho Plan componente, basada en la autorización mencionada.

Confidencialidad de los registros sobre trastornos por consumo de sustancias

Los Planes componentes cumplirán con la Parte 2 en lo que respecta a la confidencialidad de sus registros como paciente con trastornos por consumo de sustancias, en la medida en que un Plan componente reciba, conserve o transmita dichos registros, el cual garantizará que las divulgaciones se realicen únicamente según lo permita la ley. Si usted ha otorgado un consentimiento único para todos los usos y divulgaciones futuros con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica, los Planes componentes podrán usar y divulgar sus registros sujetos a la Parte 2 para dichos fines, según se describe anteriormente en este aviso, hasta que revoque dicho consentimiento por escrito. Sin embargo, los Planes componentes no usarán ni divulgarán sus registros sujetos a la Parte 2 en ningún procedimiento civil, penal, administrativo o legislativo sin su consentimiento por escrito o una orden judicial, después de que se le haya notificado y se le haya brindado la oportunidad de ser escuchado. Asimismo, los Planes componentes nunca utilizarán su información sujeta a la Parte 2 con el fin de recaudar fondos.

Ponerse en contacto con usted

Cada Plan componente (o sus compañías emisoras de seguro de salud, HMO o administradores externos) puede ponerse en contacto con usted acerca de alternativas de tratamiento u otros beneficios o servicios que puedan ser de interés para su salud, según lo permitido como parte de operaciones de atención médica, según se define en la Norma de privacidad HIPAA.

Como es exigido por la ley, en caso de una divulgación no autorizada, uso o acceso a su información médica protegida que no cuente con protección, usted recibirá un aviso por escrito.

Sus derechos

A continuación, encontrará una descripción de sus derechos con respecto a su información médica protegida. Si desea ejercer cualquiera de estos derechos, debe ponerse en contacto

con el administrador externo del Plan componente que usted desea que actúe de conformidad con su solicitud, mediante la información de contacto que figura en la página 17.

Derecho a solicitar una restricción. Usted tiene derecho a solicitar una restricción sobre la información médica protegida que use o revele un Plan componente sobre usted para operaciones de pago o de atención médica. También tiene derecho a solicitar un límite sobre las divulgaciones de su información médica protegida a familiares o amigos implicados en su atención o en el pago de su atención. Usted puede solicitar una restricción de este tipo al utilizar la información de contacto que figura en la página 17.

El Plan componente no está obligado a aceptar ninguna restricción que usted pueda solicitar. Si un Plan componente acepta una restricción, puede dejar de cumplirla previo aviso a usted. Su solicitud debe incluir la información médica protegida que desea limitar; si desea limitar el uso, la divulgación o ambos por parte de dicho Plan componente, y (si corresponde) a quién desea que se apliquen las limitaciones (por ejemplo, divulgaciones a su cónyuge).

Un proveedor de atención médica debe cumplir con su solicitud de que la información médica protegida relacionada con un elemento de salud o servicio específicos no se revele al Plan componente para propósitos de operaciones de pago y de atención médica si usted pagó por el elemento o servicio en su totalidad de su bolsillo.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales. Si considera que la divulgación de la totalidad o parte de su información médica protegida puede ponerlo en peligro, puede solicitar que el Plan componente se comunique con usted de manera alternativa o en un lugar alternativo. Por ejemplo, usted puede pedir que todas las comunicaciones se envíen a su dirección laboral. Usted puede solicitar comunicaciones confidenciales al utilizar la información de contacto que figura en la página 17.

Su solicitud debe especificar el método o lugar alternativo para comunicarse con usted. También debe indicar que la divulgación de la totalidad o parte de la información médica protegida de manera incompatible con sus instrucciones lo pondría en peligro. El Plan componente se adaptará a toda solicitud de comunicación confidencial que sea razonable y que indique que la divulgación de la totalidad o parte de su información médica protegida podría ponerlo en peligro.

Derecho a solicitar acceso. Usted tiene derecho a inspeccionar y copiar la información médica protegida que pueda utilizarse para la toma de decisiones sobre sus beneficios. Debe presentar su solicitud por escrito. Si solicita copias, el Plan componente correspondiente podrá cobrarle por fotocopiar su información médica protegida y, si usted solicita que las copias se envíen por correo, puede cobrarle los gastos de envío. Los administradores externos de los Planes componentes han indicado que por el momento no tienen la intención de cobrar por este servicio, aunque se reservan el derecho de hacerlo.

Usted puede solicitar una copia electrónica de su información médica protegida si se mantiene en un registro médico electrónico. Además, puede solicitar que se le brinde una copia de toda la información médica protegida electrónica mantenida en un archivo designado, colocada en un formulario y formato electrónico (por ejemplo, un portal web, correo electrónico o en medios electrónicos portátiles, etc.) previo acuerdo con el Plan componente. También puede solicitar

que dicha información médica protegida electrónica se envíe a otra entidad o persona. El cargo que se imponga, de haberlo, debe ser razonable y basado en el costo del Plan componente.

Nota: De acuerdo con lo que establece la ley federal, usted no puede inspeccionar ni copiar los siguientes registros: notas de psicoterapia, información compilada con una anticipación razonable o uso en una acción o proceso civil, penal o administrativo y la información médica protegida sujeta a cualquier ley que prohíba el acceso a la información médica protegida. De acuerdo a las circunstancias, la decisión de negar el acceso puede revisarse. En algunas circunstancias, usted puede tener derecho a que se revise esta decisión.

Derecho a solicitar una enmienda. Usted tiene derecho a solicitar una enmienda de su información médica protegida en poder de un Plan componente si usted cree que la información es incorrecta o incompleta. Si usted solicita una enmienda de su información médica protegida, su solicitud debe ser presentada por escrito, con la información de contacto que figura en la página 17, y se debe expresar la razón o las razones para respaldar la enmienda propuesta. En ciertos casos, el Plan componente puede denegar su solicitud de enmienda.

Por ejemplo, un Plan componente puede denegar su solicitud si la información que desea modificar es correcta y completa o no fue creada por dicho Plan componente. Si un Plan componente rechaza su solicitud, usted tiene derecho a presentar una declaración de inconformidad. Su declaración de inconformidad se vinculará con la información en disputa y todas las divulgaciones futuras por parte de dicho Plan componente de la información en disputa incluirán su declaración.

Derecho a solicitar una rendición de cuentas. Usted tiene derecho a solicitar una rendición de cuentas de ciertas divulgaciones que hayan realizado los Planes componentes con respecto a su información médica protegida. Usted puede solicitar una rendición de cuentas al utilizar la información de contacto que figura en la página 17.

Puede solicitar una rendición de cuentas de las divulgaciones realizadas hasta seis años antes de la fecha de su solicitud. Los Planes componentes no están obligados a rendir cuenta de las divulgaciones realizadas antes del 14 de abril de 2003.

Usted no tiene derecho a recibir una rendición de cuentas de divulgaciones realizadas en ninguna de estas situaciones:

- Para operaciones de tratamiento, pago o atención médica.
- A usted, acerca de su propia información médica.
- Inherentes a otras divulgaciones permitidas o requeridas.
- Cuando se haya proporcionado autorización.
- A familiares o amigos involucrados en su atención (siempre que la divulgación esté permitida sin autorización).
- Para fines relacionados con inteligencia o seguridad o a instituciones correccionales o agentes del orden público en determinadas circunstancias.
- Como parte de un “conjunto limitado de datos” (información médica que excluye determinada información de identificación).

Además, su derecho a recibir una rendición de cuentas de divulgaciones a una agencia de control de la salud o agente del orden público puede suspenderse ante la solicitud de la agencia o el agente.

Si desea ejercer este derecho, su solicitud a cada Plan componente debe presentarse por escrito. El Plan componente, dentro de los 60 días desde la solicitud, le proporcionará la lista de divulgaciones o una declaración escrita que indique que el período para proporcionar esta lista se extenderá por 30 días más, como máximo, junto con los motivos del retraso y la fecha en la que el Plan componente espera abordar su solicitud.

Usted tiene derecho a una rendición de cuentas, de forma gratuita, de cada Plan componente durante un período de 12 meses. Puede imponerse un cargo para cubrir los costos de un Plan componente para cualquier otra solicitud dentro de ese período de 12 meses. Los Planes componentes le notificarán el costo aplicable y usted podrá decidir si desea retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de incurrir en cualquier costo.

Derecho a una copia impresa del presente aviso. Usted tiene derecho a obtener una copia impresa del presente aviso, aunque haya acordado aceptar el presente aviso en forma electrónica. Para obtener dicha copia, llame al Centro de beneficios de Citi a través de ConnectOne como se indica en la página 17.

Sin perjuicio de las divulgaciones permitidas mencionadas anteriormente, la PHI de todos los participantes se considera confidencial y se protegerá en la mayor medida posible en virtud de la ley aplicable. Dicha divulgación, más allá de las operaciones permitidas de pago y de atención médica, no se autorizará a menos que la solicitud específica cumpla estrictamente con los requisitos de la HIPAA (es decir, orden judicial, citación, etc.) con respecto a la información solicitada, y está sujeta a revisión por parte del administrador del plan.

Quejas

Si usted cree que un Plan componente ha violado sus derechos de privacidad o no está cumpliendo con sus obligaciones en virtud de las normas de avisos de incumplimiento, usted puede presentar una queja ante dicho Plan componente o ante el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Usted puede presentar una queja ante dicho Plan componente usando la información de contacto que figura a continuación. Los Planes componentes no lo penalizarán por presentar una queja.

Cambios en este aviso

Los Planes componentes se reservan el derecho de modificar las disposiciones del presente aviso y de hacer que las disposiciones del nuevo aviso sean aplicables a toda la información médica protegida que mantienen. Si un Plan componente realiza un cambio importante en el presente aviso, le enviará un aviso revisado a la dirección que tiene registrada para el participante inscrito en dicho Plan componente (o, si usted aceptó recibir avisos revisados electrónicamente, a la dirección de correo electrónico que proporcionó a dicho Plan componente).

Fecha de entrada en vigencia

Este aviso de las prácticas de privacidad de la HIPAA entró en vigencia el 14 de abril de 2003 y su última revisión, sin modificaciones fue el 31 de agosto de 2026.

Información de contacto

Para obtener más información acerca de cualquiera de los derechos enunciados en el presente aviso, o para presentar una queja, comuníquese con:

Citi Privacy Officer
c/o Global Benefits Department
388 Greenwich Street
15th Floor
Nueva York, NY 10013

Para ejercer cualquiera de los derechos descritos en el presente aviso, comuníquese con los administradores externos de los Planes componentes de la siguiente manera:

Si usted está inscrito en cualquiera de estos planes:	Llame:
• Plan componente Triple-S del Plan de beneficios de salud de Citigroup • Programa de bienestar de Citigroup	Llame al Centro de beneficios de Citi a través de ConnectOne al 1 (800) 881-3938. En el menú “benefits” (beneficios) de ConnectOne, elija la opción “health and insurance benefits” (beneficios de salud y de seguro) para hablar con un representante del Centro de beneficios de Citi. Usted puede hablar con un representante de 9 a. m. a 6 p. m., hora del este, de lunes a viernes, excepto los días festivos. Desde fuera de los Estados Unidos y Puerto Rico: Llame a los Servicios compartidos de Recursos Humanos (Human Resources Shared Services, HRSS) del Centro de servicio de América del Norte al 1 (469) 220-9600. Presione 1 cuando se le indique. En el menú “benefits” (beneficios) de ConnectOne, elija la opción “health and insurance benefits” (beneficios de salud y de seguro) para hablar con un representante del Centro de beneficios de Citi. Usuarios de TDD: Llame al Servicio de retransmisión de telecomunicaciones al 1 (866) 280-2050. Luego, llame a ConnectOne, como se indica anteriormente.

9/2026