



Magna International of America, Inc.

Avisos de beneficios de salud y bienestar

Para el año del plan: 1 de enero de 2026 - 31 de diciembre de 2026

Avisos adjuntos:

- Resumen de modificaciones materiales
- Divulgación sobre las comunicaciones de inscripción de beneficios
- Cambios en las elecciones de mitad de año a los beneficios antes de impuestos
- Aviso de derechos especiales de inscripción de HIPAA
- Aviso de la Ley de Derechos de la Salud y el Cáncer de la Mujer (WHCRA)
- Aviso de la Ley de Protección de la Salud de los Recién Nacidos y las Madres (NMHPA)
- Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)
- Aviso de estándares alternativos razonables del programa de bienestar HIPAA
- Aviso del Programa de Bienestar de la EEOC
- Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA

Si tiene alguna pregunta sobre el contenido de los avisos, comuníquese con Recursos Humanos.

Resumen de la modificación de material

La información de este documento y de la guía de prestaciones se aplica a:

- Plan Consolidado de Beneficios de Bienestar para Empleados del Plan 1 de Magna International of America, Inc., Plan Número 502
- Plan de discapacidad a largo plazo de Magna International of America, Inc., Plan número 510
- Plan de seguro de vida de Magna International of America, Inc., Plan número 511

Esta información cumple con los requisitos para un Resumen de Modificación Material según lo exige la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA).

Divulgación sobre las comunicaciones de inscripción de beneficios

Las comunicaciones de inscripción de beneficios (la Guía de beneficios, las Comunicaciones de inscripción abierta, los Avisos de beneficios de salud y bienestar, etc.) contienen un resumen general de los beneficios cubiertos y no incluyen todos los beneficios, limitaciones y exclusiones de los programas de beneficios. Si hay alguna discrepancia entre las ilustraciones contenidas en este documento y las propuestas de beneficios o los documentos oficiales del plan de beneficios, prevalecerán las propuestas de beneficios o los documentos oficiales del plan de beneficios. Consulte los documentos oficiales del plan de beneficios para obtener una lista completa de exclusiones. Magna International of America, Inc. se reserva el derecho de enmendar, modificar o cancelar cualquier plan en cualquier momento y de cualquier manera.

Además, tenga en cuenta que la información contenida en estos materiales se basa en nuestra

comprensión actual de la legislación federal de reforma de la atención médica, promulgada en marzo de 2010. Nuestra interpretación de esta compleja legislación continúa evolucionando, a medida que el gobierno de los EE. UU. proporciona orientación regulatoria adicional. Por lo tanto, nos remitimos a los contratos reales del transportista, los procesos y la ley misma como documentos rectores.

Cambios en las elecciones de mitad de año a los beneficios antes de impuestos

Patrocinamos un programa que le permite pagar ciertos beneficios con dólares antes de impuestos. Con este programa, las contribuciones se deducen de su cheque de pago antes de que se retengan los impuestos federales, estatales y del Seguro Social. Como resultado, reduce su ingreso imponible y se lleva a casa más dinero. La cantidad que ahorre en impuestos variará según el lugar donde viva y su propia situación fiscal personal.

Estos programas están regulados por el Servicio de Impuestos Internos (IRS). El IRS requiere que realice sus elecciones previas a los impuestos antes del inicio del año del plan del 1 de enero al 31 de diciembre. El IRS le permite cambiar el monto de su contribución antes de impuestos a mitad de año solo si experimenta un cambio de estado, que incluye lo siguiente:

- Nacimiento, colocación en adopción o adopción de un niño, o estar sujeto a una Orden Médica Calificada de Manutención de Niños que le ordena proporcionar cobertura médica para un niño.
- Matrimonio, separación legal, nulidad o divorcio.
- Muerte de un dependiente.
- Un cambio en el estado laboral que afecta la elegibilidad bajo el plan.
- Un cambio en la elección que se debe a un cambio realizado bajo otro plan del empleador y se corresponde con él.
- Un dependiente que satisfaga o deje de cumplir con los requisitos de elegibilidad según el plan de atención médica.

El cambio que realice debe ser coherente con el cambio de estado. Por ejemplo, si se casa, puede agregar a su nuevo cónyuge a su cobertura. Si el empleo de su cónyuge termina y él / ella pierde la cobertura patrocinada por el empleador, puede elegir la cobertura para usted y su cónyuge bajo nuestro programa. Sin embargo, el cambio debe solicitarse dentro de los 31 días posteriores al cambio de estado. Si no notifica a su Representante de Recursos Humanos (RR. HH.) dentro de los 31 días, debe esperar hasta el próximo período de inscripción anual para realizar un cambio.

Estas reglas se relacionan con el programa que le permite pagar ciertos beneficios con dólares antes de impuestos. Revise el folleto médico y otros documentos del proveedor para obtener información sobre cuándo esos programas le permiten elegir o cancelar la cobertura, agregar o cancelar dependientes y realizar otros cambios en su cobertura de beneficios, ya que las reglas para esos programas pueden diferir del programa antes de impuestos.

Aviso de derechos especiales de inscripción de HIPAA

Si está rechazando la inscripción en la cobertura de salud grupal de Magna International of America, Inc. para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a otro seguro médico o cobertura de plan de salud grupal, es posible que pueda inscribirse a sí mismo y a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir a su otra cobertura o la de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 31 días posteriores a la finalización de su otra cobertura o la de sus dependientes (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).

Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado del matrimonio, el nacimiento, la adopción o la colocación en adopción, es posible que pueda inscribirse a sí mismo y a sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 31 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción.

Finalmente, usted y/o sus dependientes pueden tener derechos especiales de inscripción si se pierde la cobertura bajo Medicaid o un programa de seguro médico estatal ("CHIP"), o cuando usted y/o sus

dependientes obtienen la elegibilidad para la asistencia con las primas estatales. Tiene 60 días a partir de la ocurrencia de uno de estos eventos para notificar a la compañía e inscribirse en el plan.

Aviso de la Ley de Derechos contra el Cáncer para la Salud de la Mujer (WHCRA)

¿Sabía que su Plan, según lo exige la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer de 1998, brinda beneficios para los servicios relacionados con la mastectomía, incluidas todas las etapas de reconstrucción y cirugía para lograr la simetría entre los senos, las prótesis y las complicaciones resultantes de una mastectomía, incluido el linfedema?

Estos beneficios se proporcionarán sujetos a los mismos deducibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados bajo este plan. Si desea obtener más información sobre los beneficios de WHCRA, comuníquese con el administrador de su plan o con Blue Cross Blue Shield of Michigan al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación médica.

Aviso de la Ley de Protección de la Salud de los Recién Nacidos y las Madres (NMHPA)

Los planes de salud grupales y los emisores de seguros de salud generalmente no pueden, según la ley federal, restringir los beneficios por cualquier estadía hospitalaria en relación con el parto para la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después del parto vaginal, o menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe que el proveedor de atención de la madre o del recién nacido, después de consultar con la madre, dé de alta a la madre o a su recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, los planes y emisores no pueden, según la ley federal, exigir que un proveedor obtenga autorización del plan o del emisor del seguro para prescribir una duración de estadía que no exceda las 48 horas (o 96 horas).

Asistencia para las primas de Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y son elegibles para la cobertura de salud de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia para primas que puede ayudar a pagar la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no serán elegibles para estos programas de asistencia para primas, pero es posible que pueda comprar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información, visite

www.healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y vive en uno de los estados que se enumeran a continuación, comuníquese con su oficina estatal de Medicaid o CHIP para averiguar si hay asistencia para las primas disponible.

Si usted o sus dependientes NO están actualmente inscritos en Medicaid o CHIP, y cree que usted o cualquiera de sus dependientes podrían ser elegibles para cualquiera de estos programas, comuníquese con su oficina estatal de Medicaid o CHIP o marque **1-877-KIDS NOW** o www.insurekidsnow.gov para averiguar cómo presentar una solicitud. Si califica, pregunte a su estado si tiene un programa que pueda ayudarlo a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir asistencia con las primas de Medicaid o CHIP, así como elegibles según el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan de su empleador si aún no está inscrito. Esto se denomina oportunidad de "inscripción especial" y **debe solicitar cobertura dentro de los 60 días posteriores a la determinación de ser elegible para recibir asistencia con la prima**. Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo al

www.askebsa.dol.gov o llame al **1-866-444-EBSA (3272)**.

Si vive en uno de los siguientes estados, puede ser elegible para recibir asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de julio de 2025. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad:

ALABAMA – Medicaid	ALASKA – Medicaid
Sitio web: http://myalhipp.com/ Teléfono: 1-855-692-5447	Sitio web del Programa de Pago de Primas de Seguro Médico de AK: http://myakhipp.com/ Teléfono: 1-866-251-4861 Correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad para Medicaid: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx
ARKANSAS - Medicaid	CALIFORNIA – Medicaid
Sitio web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Sitio web del programa de pago de primas de seguro médico (HIPP): http://dhcs.ca.gov/hipp Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov prueba
COLORADO – Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)	FLORIDA – Medicaid
Sitio web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/ Centro de contacto para miembros de Health First Colorado: 1-800-221-3943/State Relay 711 CHP+: Servicio al cliente de https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus CHP+: 1-800-359-1991/State Relay 711 Programa de compra de seguro médico (HIBI): https://www.mycohibi.com/ Servicio al cliente de HIBI: 1-855-692-6442	Sitio web: https://www.flmedicaidtprecovery.com/flmedicaidtprecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268
GEORGIA – Medicaid	INDIANA – Medicaid
Sitio web de GA HIPP: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162, Prensa 1 GA CHIPRA Sitio web: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-Responsabilidad/Programa-de-seguro-de-salud-para-niños-Reautorización- ACT-2009-CHIPRA Teléfono: 678-564-1162, Presione 2	Programa de pago de primas de seguro médico Todos los demás Medicaid Sitio web: https://www.in.gov/medicaid/ http://www.in.gov/fssa/dfr/ Administración de Servicios Sociales y Familiares Teléfono: 1-800-403-0864 Teléfono de Servicios para Miembros: 1-800-457-4584

IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki) Sito web de Medicaid: Medicaid de Iowa Salud y Servicios Humanos Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366 Sitio web de Hawki: Hawki - Niños sanos y sanos en Iowa Salud y Servicios Humanos Hawki Teléfono: 1-800-257-8563 Sitio web de HIPP: Pago de primas de seguro médico (HIPP) Salud y Servicios Humanos (iowa.gov) Teléfono HIPP: 1-888-346-9562	KANSAS – Medicaid Sito web: https://www.kancare.ks.gov/ Teléfono: 1-800-792-4884 HIPP Teléfono: 1-800-967-4660
KENTUCKY – Medicaid Sito web del Programa Integrado de Pago de Primas de Seguro Médico de Kentucky (KI-HIPP): https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Teléfono: 1-855-459-6328 Correo electrónico: KIHIPPPROGRAM@ky.gov KCHIP Sitio web: https://kynect.ky.gov Teléfono: 1-877-524-4718 Sitio web de Medicaid de Kentucky: https://chfs.ky.gov/agencies/dms	LOUISIANA – Medicaid Sito web: www.medicicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/la hipp Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)
MAINE – Medicaid Sito web de inscripción: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Maine relay 711 Página web de la prima del seguro médico privado: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-977-6740 TTY: Retransmisión de Maine 711	MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP Sito web: https://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840 TTY: 711 Correo electrónico: masspremassistance@accenture.com
MINNESOTA - Medicaid Sito web: https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/ Teléfono: 1-800-657-3672	MISSOURI - Medicaid Sito web: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005
MONTANA – Medicaid Sito web: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084 Correo electrónico: HSHIPPProgram@mt.gov	NEBRASKA - Medicaid Sito web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178
NEVADA – Medicaid Sito web de Medicaid: http://dhcfp.nv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900	NEW HAMPSHIRE – Medicaid Sito web: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Teléfono: 603-271-5218 Número gratuito para el programa HIPP: 1-800-852-3345, ext. 15218 Correo electrónico: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov
NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP Sito web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clientes/medicaid/ Teléfono: 1-800-356-1561 Asistencia Premium de CHIP Teléfono: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710 (TTY: 711)	NUEVA YORK – Medicaid Sito web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831
CAROLINA DEL NORTE – Medicaid Sito web: https://medicaid.ncdhhs.gov/ Teléfono: 919-855-4100	DAKOTA DEL NORTE – Medicaid Sito web: https://www.hhs.nd.gov/healthcare Teléfono: 1-844-854-4825
OKLAHOMA – Medicaid y CHIP Website: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742	OREGON – Medicaid y CHIP Sito web: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-800-699-9075

PENSILVANIA – Medicaid y CHIP	RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-Medicaid-seguro-seguro-premium-pago-programa-hipp.html Teléfono: 1-800-692-7462 Sitio web de CHIP: Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) (pa.gov) Teléfono CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)	Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 1-855-697-4347 o 401-462-0311 (línea directa para compartir)
CAROLINA DEL SUR – Medicaid	DAKOTA DEL SUR - Medicaid
Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820	Sitio web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059
TEXAS – Medicaid	UTAH – Medicaid y CHIP
Sitio web: Programa de pago de primas de seguro médico (HIPP) Salud y Servicios Humanos de Texas Teléfono: 1-800-440-0493	Sitio web de la Asociación de Primas para Seguros de Salud (UPP) de Utah: https://medicaid.utah.gov/upp/ Correo electrónico: upp@utah.gov Teléfono: 1-888-222-2542 Sitio web de expansión para adultos: https://medicaid.utah.gov/expansion/ Sitio web del programa de compra de Medicaid de Utah: Sitio web https://medicaid.utah.gov/buyout-program/ CHIP: https://chip.utah.gov/
VERMONT – Medicaid	VIRGINIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: Programa de pago de primas de seguro médico (HIPP) Departamento de Acceso a la Salud de Vermont Teléfono: 1-800-250-8427	Sitio web: https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-asistencia/famis-select https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-asistencia/seguero-médico-pago-prima-programas-hipp Teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924
WASHINGTON – Medicaid	VIRGINIA OCCIDENTAL – Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.hca.wa.gov/ Teléfono: 1-800-562-3022	Sitio web: https://dhhr.wv.gov/bms/ http://mywvhipp.com/ Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 CHIP Teléfono gratuito: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)
WISCONSIN – Medicaid y CHIP	WYOMING - Medicaid
Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002	Sitio web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-elegibilidad/ Teléfono: 1-800-251-1269

Para ver si otros estados han agregado un programa de asistencia para primas desde el 31 de julio de 2025, o para obtener más información sobre los derechos especiales de inscripción, comuníquese con:

EE. UU. Administración de Seguridad de Beneficios
para Empleados del Departamento de Trabajo
www.dol.gov/agencies/ebsa
1-866-444-EBSA (3272)

Centros del Departamento de Salud y Servicios Humanos
de EE. UU. para Servicios de Medicare y Medicaid
www.cms.hhs.gov/
Teléfono: 1-877-267-2323, opción de menú 4, ext. 61565

Aviso de estándares alternativos razonables del programa de bienestar HIPAA

Su plan de salud grupal se compromete a ayudarlo a lograr su mejor salud. Las recompensas por participar en un programa de bienestar están disponibles para todos los empleados elegibles. Si cree que no puede cumplir con un estándar para una recompensa bajo este programa de bienestar, podría calificar para la oportunidad de ganar la misma recompensa por diferentes medios. Comuníquese con su representante de Recursos Humanos (RR. HH.) en su ubicación específica y ellos trabajarán con usted (y, si lo desea, con su médico) para encontrar un programa de bienestar con la misma recompensa que sea adecuado para usted a la luz de su estado de salud.

Aviso del Programa de Bienestar de la EEOC AVISO SOBRE EL PROGRAMA DE BIENESTAR

El programa de bienestar de Magna International of America, Inc. es un programa de bienestar voluntario disponible para todos los empleados. El programa se administra de acuerdo con las reglas federales que permiten programas de bienestar patrocinados por el empleador que buscan mejorar la salud de los empleados o prevenir enfermedades, incluida la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990, la Ley de No Discriminación por Información Genética de 2008 y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, según corresponda, entre otras. Si elige participar en el programa de bienestar, se le pedirá que complete una evaluación voluntaria de riesgos para la salud o "HRA" que hace una serie de preguntas sobre sus actividades y comportamientos relacionados con la salud y si tiene o ha tenido ciertas afecciones médicas (por ejemplo, cáncer, diabetes o enfermedad cardíaca). También se le pedirá que complete un examen biométrico, que incluirá un análisis de sangre para detectar el tabaquismo. No está obligado a completar la HRA ni a participar en el análisis de sangre u otros exámenes médicos.

Sin embargo, los empleados que elijan participar en el programa de bienestar recibirán un incentivo de un descuento en sus contribuciones de empleados para la atención médica. Aunque no está obligado a completar la HRA ni a participar en la evaluación biométrica, solo los empleados que lo hagan recibirán el descuento.

Es posible que haya incentivos adicionales disponibles para los empleados que participan en ciertas actividades relacionadas con la salud, como dejar de fumar, o logran ciertos resultados de salud. Si no puede participar en ninguna de las actividades relacionadas con la salud o lograr ninguno de los resultados de salud requeridos para ganar un incentivo, puede tener derecho a una adaptación razonable o un estándar alternativo. Puede solicitar una adaptación razonable o un estándar alternativo comunicándose con su Representante de Recursos Humanos (RR. HH.) en su ubicación específica.

La información de su HRA y los resultados de su evaluación biométrica se utilizarán para brindarle información que lo ayude a comprender su salud actual y los riesgos potenciales, y también se pueden usar para ofrecerle servicios a través del programa de bienestar, como descuentos en membresías de gimnasios, sugerencias dietéticas, etc. También se le anima a compartir sus resultados o inquietudes con su propio médico.

Protecciones contra la divulgación de información médica

La ley nos exige mantener la privacidad y seguridad de su información de salud de identificación personal. Aunque el programa de bienestar y Magna International of America, Inc. pueden usar la información agregada que recopila para diseñar un programa basado en los riesgos de salud identificados en el lugar de trabajo, el programa de bienestar de Magna International of America, Inc. nunca divulgará su información personal, ya sea públicamente o al empleador, excepto cuando sea necesario para responder a una solicitud suya de una adaptación razonable necesaria para participar en el programa de bienestar, o según lo permita expresamente la ley. La información médica que lo identifique personalmente y que se proporcione en relación con el programa de bienestar no se proporcionará a sus supervisores o gerentes y nunca se puede utilizar para tomar decisiones con respecto a su empleo.

Su información de salud no se venderá, intercambiará, transferirá ni divulgará de ninguna otra manera, excepto en la medida permitida por la ley para llevar a cabo actividades específicas relacionadas con el programa de bienestar, y no se le pedirá ni se le exigirá que renuncie a la confidencialidad de su información de salud como condición para participar en el programa de bienestar o recibir un incentivo. Cualquier persona que reciba su información con el fin de brindarle servicios como parte del programa de bienestar cumplirá con

los mismos requisitos de confidencialidad. Las únicas personas que recibirán su información de salud de identificación personal son el equipo de beneficios de Magna International of America, Inc. US y los proveedores aplicables, con el fin de brindarle servicios bajo el programa de bienestar.

Además, toda la información médica obtenida a través del programa de bienestar se mantendrá separada de sus registros personales, la información almacenada electrónicamente se cifrará y ninguna información que proporcione como parte del programa de bienestar se utilizará para tomar ninguna decisión de empleo. Se tomarán las precauciones adecuadas para evitar cualquier violación de datos, y en caso de que ocurra una violación de datos que involucre la información que proporcione en relación con el programa de bienestar, se lo notificaremos de inmediato.

No puede ser discriminado en el empleo debido a la información médica que proporciona como parte de la participación en el programa de bienestar, ni puede ser objeto de represalias si decide no participar.

Si tiene preguntas o inquietudes con respecto a este aviso, o sobre las protecciones contra la discriminación y las represalias, comuníquese con el Equipo de Beneficios de Magna International of America, Inc. US al 248-205-0979.

Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

Magna International of America, Inc. patrocina ciertos planes de salud grupales (colectivamente, el "Plan" o "Nosotros") para brindar beneficios a nuestros empleados, sus dependientes y otros participantes. Brindamos esta cobertura a través de varias relaciones con terceros que establecen redes de proveedores, coordinan su atención y procesan reclamos de reembolso por los servicios que recibe. Este Aviso de prácticas de privacidad (el "Aviso") describe las obligaciones legales de Magna International of America, Inc., el Plan y sus derechos legales con respecto a su información médica protegida en poder del Plan bajo HIPAA. Entre otras cosas, este Aviso describe cómo se puede usar o divulgar su información médica protegida para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica, o para cualquier otro propósito permitido o requerido por la ley.

Estamos obligados a proporcionarle este Aviso de conformidad con HIPAA. La Regla de privacidad de HIPAA protege solo cierta información médica conocida como "información de salud protegida". En general, la información de salud protegida es información de salud de identificación individual, incluida la información demográfica, recopilada de usted o creada o recibida por un proveedor de atención médica, un centro de intercambio de información de atención médica, un plan de salud o su empleador en nombre de un plan de salud grupal, que se relaciona con:

- (1) su salud o condición física o mental pasada, presente o futura;
- (2) la prestación de atención médica a usted; o
- (3) el pago pasado, presente o futuro por la prestación de atención médica a usted.

Nota: Si está cubierto por uno o más planes de salud grupales totalmente asegurados ofrecidos por Magna International of America, Inc., recibirá un aviso por separado sobre la disponibilidad de un aviso de prácticas de privacidad aplicables a esa cobertura y cómo obtener una copia del aviso directamente de la compañía de seguros.

Información de contacto

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso o sobre nuestras prácticas de privacidad, comuníquese con el Oficial de Privacidad de HIPAA de Magna International of America, Inc.:

Magna International of America, Inc. Atención:
Oficial de privacidad de HIPAA Stephanie
Mattei, gerente sénior de beneficios de EE.
UU. 750 Tower Drive Troy, MI 48098

Fecha de vigencia

Este Aviso revisado entra en vigencia el 1 de octubre de 2025.

Nuestras responsabilidades

Estamos obligados por ley a:

- mantener la privacidad de su información médica protegida;
- proporcionarle ciertos derechos con respecto a su información médica protegida;
- proporcionarle una copia de este Aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica protegida; y
- seguir los términos del Aviso que está actualmente en vigor.

Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este Aviso y de hacer nuevas disposiciones con respecto a su información médica protegida que mantenemos, según lo permita o exija la ley. Si realizamos algún cambio sustancial en este Aviso, le proporcionaremos una copia de nuestro Aviso de prácticas de privacidad revisado. También puede obtener una copia del último Aviso revisado comunicándose con nuestro Oficial de Privacidad a la información de contacto proporcionada anteriormente. Salvo lo dispuesto en este Aviso, no podemos divulgar su información médica protegida sin su autorización previa.

Cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida

Según la ley, podemos usar o divulgar su información médica protegida bajo ciertas circunstancias sin su permiso. Las siguientes categorías describen las diferentes formas en que podemos usar y divulgar su información médica protegida. Para cada categoría de usos o divulgaciones, explicaremos lo que queremos decir y presentaremos algunos ejemplos. No se enumerarán todos los usos o divulgaciones de una categoría. Sin embargo, todas las formas en que se nos permite usar y divulgar información médica protegida se incluirán en una de las categorías.

Para tratamiento

Podemos usar o divulgar su información médica protegida para facilitar el tratamiento médico o los servicios de los proveedores. Podemos divulgar información médica sobre usted a proveedores, incluidos médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina u otro personal del hospital que esté involucrado en su atención. Por ejemplo, podemos divulgar información sobre sus recetas anteriores a un farmacéutico para determinar si una receta pendiente es inapropiada o peligrosa para su uso.

Para el pago

Podemos usar o divulgar su información médica protegida para determinar su elegibilidad para los beneficios del Plan, para facilitar el pago del tratamiento y los servicios que recibe de los proveedores de atención médica, para determinar la responsabilidad de los beneficios según el Plan o para coordinar la cobertura del Plan. Por ejemplo, podemos informar a su proveedor de atención médica sobre su historial médico para determinar si un tratamiento en particular es experimental, de investigación o médicamente necesario, o para determinar si el Plan cubrirá el tratamiento. También podemos compartir su información médica protegida con un proveedor de servicios de revisión de utilización o precertificación. Del mismo modo, podemos compartir su información médica protegida con otra entidad para ayudar con la adjudicación o subrogación de reclamos de salud o con otro plan de salud para coordinar los pagos de beneficios.

Para operaciones de atención médica

Podemos usar y divulgar su información médica protegida para otras operaciones del Plan. Estos usos y divulgaciones son necesarios para ejecutar el Plan. Por ejemplo, podemos utilizar información médica en relación con la realización de actividades de evaluación y mejora de la calidad; suscripción, calificación de primas y otras actividades relacionadas con la cobertura del Plan; presentar reclamos de cobertura de stop-loss (o exceso de pérdida); realizar u organizar revisiones médicas, servicios legales, servicios de auditoría y programas de detección de fraude y abuso; planificación y desarrollo empresarial, como la gestión de costos; y gestión empresarial y actividades administrativas generales del Plan. El Plan tiene prohibido usar o divulgar información médica protegida que sea información genética sobre un individuo con fines de suscripción.

A socios comerciales

Podemos contratar a personas o entidades conocidas como Socios Comerciales para realizar diversas funciones en nuestro nombre o para proporcionar ciertos tipos de servicios. Para realizar estas funciones o proporcionar estos servicios, los Socios Comerciales recibirán, crearán, mantendrán, usarán y/o divulgarán su información médica protegida, pero solo después de que acuerden por escrito con nosotros implementar las medidas de seguridad adecuadas con respecto a su información médica protegida. Por ejemplo, podemos divulgar su información médica protegida a un Socio Comercial para administrar reclamos o proporcionar servicios de apoyo, como administración de utilización, administración de beneficios de farmacia o subrogación, pero solo después de que el Socio Comercial celebre un Acuerdo de Socio Comercial con nosotros.

Según lo exija la ley

Divulgaremos su información médica protegida cuando así lo exija la ley federal, estatal o local. Por ejemplo, podemos divulgar su información médica protegida cuando lo exijan las leyes de seguridad nacional o las leyes de divulgación de salud pública.

Para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad

Podemos usar y divulgar su información médica protegida cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad, o la salud y seguridad del público u otra persona. Sin embargo, cualquier divulgación solo sería a alguien capaz de ayudar a prevenir la amenaza. Por ejemplo, podemos divulgar su información médica protegida en un procedimiento relacionado con la licencia de un médico.

A los patrocinadores del plan

Con el fin de administrar el Plan, podemos divulgar a ciertos empleados del Empleador información médica protegida. Sin embargo, esos empleados solo usarán o divulgarán esa información según sea necesario para realizar las funciones de administración del Plan o según lo exija HIPAA, a menos que usted haya autorizado divulgaciones adicionales. Su información médica protegida no se puede utilizar con fines laborales sin su autorización específica.

Situaciones especiales

Además de lo anterior, las siguientes categorías describen otras posibles formas en que podemos usar y divulgar su información médica protegida. Para cada categoría de usos o divulgaciones, explicaremos lo que queremos decir y presentaremos algunos ejemplos. No se enumerarán todos los usos o divulgaciones de una categoría. Sin embargo, todas las formas en que se nos permite usar y divulgar información se incluirán en una de las categorías.

Donación de órganos y tejidos

Si usted es un donante de órganos, podemos divulgar su información médica protegida a organizaciones que manejan la obtención de órganos o el trasplante de órganos, ojos o tejidos o a un banco de donación de órganos, según sea necesario para facilitar la donación y el trasplante de órganos o tejidos.

Militares y veteranos

Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar su información médica protegida según lo requieran las autoridades del comando militar. También podemos divulgar información médica protegida sobre personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera correspondiente.

Compensación para trabajadores

Podemos divulgar su información médica protegida para compensación laboral o programas similares. Estos programas brindan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Riesgos para la salud pública

Podemos divulgar su información médica protegida para acciones de salud pública. Estas acciones generalmente incluyen lo siguiente:

- para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
- informar de nacimientos y defunciones;
- para denunciar el abuso o la negligencia infantil;
- para informar reacciones a medicamentos o problemas con productos;

- para notificar a las personas sobre retiros de productos que puedan estar usando;
- notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o que pueda estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección;
- Notificar a la autoridad gubernamental correspondiente si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solo haremos esta divulgación si usted está de acuerdo, o cuando lo exija o autorice la ley.

Actividades de supervisión de la salud

Podemos divulgar su información médica protegida a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno controle el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

Demandas y disputas

Si está involucrado en una demanda o una disputa, podemos divulgar su información médica protegida en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar su información médica protegida en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal por parte de otra persona involucrada en la disputa, pero solo si se han hecho esfuerzos para informarle sobre la solicitud u obtener una orden que proteja la información solicitada.

Aplicación de la ley

Podemos divulgar su información médica protegida si así lo solicita un funcionario encargado de hacer cumplir la ley:

- en respuesta a una orden judicial, citación, orden judicial, citación o proceso similar;
- para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida;
- sobre la víctima de un delito si, bajo ciertas circunstancias limitadas, no podemos obtener el consentimiento de la víctima;
- sobre una muerte que creemos que puede ser el resultado de una conducta delictiva;
- sobre conducta delictiva; y
- en circunstancias de emergencia para denunciar un delito; la ubicación del delito o las víctimas; o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el delito.

Médicos forenses, examinadores médicos y directores de funerarias

Podemos divulgar información médica protegida a un médico forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. También podemos divulgar información médica sobre los pacientes a los directores de funerarias según sea necesario para llevar a cabo sus funciones.

Actividades de seguridad nacional e inteligencia

Podemos divulgar su información médica protegida a la contrainteligencia federal Funcionarios para inteligencia autorizada y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

Internos

Si usted es un recluso de una institución correccional o está bajo la custodia de un oficial de la ley, podemos divulgar su información médica protegida a la institución correccional o al oficial de la ley si es necesario (1) para que la institución le brinde atención médica; (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros; o (3) para la seguridad de la institución correccional.

Investigación

Podemos divulgar su información médica protegida a investigadores cuando:

- (1) se han eliminado los identificadores individuales; o
- (2) cuando una junta de revisión institucional o una junta de privacidad (a) ha revisado la propuesta de investigación; y (b) estableció protocolos para garantizar la privacidad de la información solicitada y aprueba la investigación.

Divulgaciones requeridas

La siguiente es una descripción de las divulgaciones de su información médica protegida que estamos obligados a hacer.

Auditorías gubernamentales

Estamos obligados a divulgar su información médica protegida al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos cuando el Secretario está investigando o determinando nuestro cumplimiento con la regla de privacidad de HIPAA.

Divulgaciones a usted

Cuando lo solicite, estamos obligados a revelarle la parte de su información médica protegida que contiene registros médicos, registros de facturación y cualquier otro registro utilizado para tomar decisiones con respecto a sus beneficios de atención médica. También estamos obligados, cuando se nos solicite, a proporcionarle un informe de la mayoría de las divulgaciones de su información médica protegida si la divulgación fue por razones distintas al pago, tratamiento u operaciones de atención médica, y si la información médica protegida no se divulgó de conformidad con su autorización individual.

Notificación de una infracción.

Estamos obligados a notificarle en caso de que nosotros (o uno de nuestros socios comerciales) descubramos una violación de su información médica protegida no segura, según lo define HIPAA.

Otras divulgaciones

Representantes personales

Divulgaremos su información médica protegida a personas autorizadas por usted, o a una persona designada como su representante personal, apoderado, etc., siempre que nos proporcione un aviso/autorización por escrito y cualquier documento de respaldo (es decir, poder notarial). Nota: Según la regla de privacidad de HIPAA, no tenemos que divulgar información a un representante personal si tenemos una creencia razonable de que:

- (1) ha sido, o puede ser, objeto de violencia doméstica, abuso o negligencia por parte de dicha persona;
- (2) tratar a dicha persona como su representante personal podría ponerlo en peligro; o
- (3) en el ejercicio o juicio profesional, no es lo mejor para usted tratar a la persona como su representante personal.

Cónyuges y otros miembros de la familia

Con solo excepciones limitadas, enviaremos todo el correo al empleado. Esto incluye correo relacionado con el cónyuge del empleado y otros miembros de la familia que están cubiertos por el Plan, e incluye correo con información sobre el uso de los beneficios del Plan por parte del cónyuge del empleado y otros miembros de la familia e información sobre la denegación de cualquier beneficio del Plan al cónyuge del empleado y otros miembros de la familia. Si una persona cubierta por el Plan ha solicitado Restricciones o Comunicaciones Confidenciales (consulte a continuación en "Sus derechos"), y si hemos aceptado la solicitud, le enviaremos un correo según lo dispuesto en la solicitud de Restricciones o Comunicaciones Confidenciales.

Autorizaciones

Otros usos o divulgaciones de su información médica protegida no descritos anteriormente, incluido el uso y la divulgación de notas de psicoterapia y el uso o divulgación de información médica protegida con fines de recaudación de fondos o marketing, no se realizarán sin su autorización por escrito. Puede revocar la autorización por escrito en cualquier momento, siempre que su revocación sea por escrito. Una vez que recibamos su revocación por escrito, solo será efectiva para usos y divulgaciones futuros. No será efectivo para ninguna información que pueda haber sido utilizada o divulgada en función de la autorización por escrito y antes de recibir su revocación por escrito. Puede optar por no recibir nuestras comunicaciones de recaudación de fondos en cualquier momento.

Sus derechos

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información médica protegida:

Derecho a inspeccionar y copiar

Tiene derecho a inspeccionar y copiar cierta información médica protegida que puede usarse para tomar decisiones sobre sus beneficios de atención médica. Para inspeccionar y copiar su información médica protegida, envíe su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad a la dirección proporcionada anteriormente en Información de contacto. Si solicita una copia de la información, podemos cobrar una tarifa razonable por los costos de copia, envío por correo u otros suministros asociados con su solicitud. Podemos denegar su solicitud de inspección y copia en ciertas circunstancias muy limitadas. Si se le niega el acceso a su información médica, es posible que tenga derecho a solicitar que se revise la denegación y se le proporcionarán detalles sobre cómo hacerlo.

Derecho a enmendar

Si cree que la información médica protegida que tenemos sobre usted es incorrecta o está incompleta, puede solicitarnos que modifiquemos la información. Tiene derecho a solicitar una enmienda mientras la información sea conservada por o para el Plan. Para solicitar una enmienda, su solicitud debe hacerse por escrito y enviarse al Oficial de Privacidad a la dirección proporcionada anteriormente en Información de contacto. Además, debe proporcionar una razón que respalde su solicitud. Podemos denegar su solicitud de enmienda si no está por escrito o no incluye una razón para respaldar la solicitud. Además, podemos denegar su solicitud si nos solicita que modifiquemos información que:

- no es parte de la información médica mantenida por o para el Plan;
- no fue creado por nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para realizar la modificación;
- no es parte de la información que se le permitiría inspeccionar y copiar; o
- ya es preciso y completo.

Si denegamos su solicitud, tiene derecho a presentar una declaración de desacuerdo con nosotros y cualquier divulgación futura de la información en disputa incluirá su declaración.

Derecho a un informe de las divulgaciones

Tiene derecho a solicitar un "informe" de ciertas divulgaciones de su información médica protegida. La contabilidad no incluirá (1) divulgaciones para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica; (2) divulgaciones que se le hagan; (3) divulgaciones realizadas de conformidad con su autorización; (4) divulgaciones hechas a amigos o familiares en su presencia o debido a una emergencia; (5) divulgaciones con fines de seguridad nacional; y (6) divulgaciones incidentales a divulgaciones que de otro modo estarían permitidas. Para solicitar esta lista o informe de divulgaciones, debe enviar su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad a la dirección proporcionada anteriormente en Información de contacto. Su solicitud debe indicar un período de tiempo de no más de seis años y no puede incluir fechas anteriores a su solicitud. Su solicitud debe indicar en qué forma desea la lista (por ejemplo, en papel o electrónica). Intentaremos proporcionar la contabilidad en el formato que solicitó o en otro formato de mutuo acuerdo si el formato solicitado no es razonablemente factible. La primera lista que solicite dentro de un período de 12 meses se proporcionará de forma gratuita. Para listas adicionales, podemos cobrarle los costos de proporcionar la lista. Le notificaremos el costo involucrado y puede optar por retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de incurrir en costos.

Derecho a solicitar restricciones

Tiene derecho a solicitar una restricción o limitación de su información médica protegida que usamos o divulgamos para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También tiene derecho a solicitar un límite en su información médica protegida que divulgamos a alguien que esté involucrado en su atención o en el pago de su atención, como un familiar o amigo. Por ejemplo, puede solicitar que no usemos ni divulguemos información sobre una cirugía que se haya realizado. No estamos obligados a aceptar su solicitud. Sin embargo, si aceptamos la solicitud, respetaremos la restricción hasta que la revoque o se lo notifiquemos. Para solicitar restricciones, debe hacer su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad a la dirección proporcionada anteriormente en Información de contacto. En su solicitud, debe decirnos (1) qué información desea limitar; (2) si desea limitar nuestro uso, divulgación o ambos; y (3) a quién desea que se apliquen los límites, por ejemplo, divulgaciones a su cónyuge.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales

Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de cierta manera o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede solicitar que solo nos comuniquemos con usted en el trabajo o por correo. Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe hacer su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad a la dirección proporcionada anteriormente en Información de contacto. No le preguntaremos el motivo de su solicitud. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea que nos comuniquemos con usted. Aceptaremos todas las solicitudes razonables si proporciona claramente información de que la divulgación de toda o parte de su información protegida podría ponerlo en peligro.

Derecho a una copia impresa de este aviso

Tiene derecho a una copia impresa de este aviso. Puede pedirnos que le demos una copia de este aviso en cualquier momento. Incluso si ha aceptado recibir este aviso electrónicamente, aún tiene derecho a una copia impresa de este aviso. Para obtener una copia impresa de este aviso, llame por teléfono o escriba al Oficial de Privacidad como se indica anteriormente en Información de contacto.

Para obtener más información, consulte [Sus derechos bajo HIPAA](#).

Quejas

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante el Plan o ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. enviando una carta a 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.

Para presentar una queja ante el Plan, escriba por teléfono al Oficial de Privacidad como se indica anteriormente en Información de contacto. No será penalizado, ni se tomarán represalias de ninguna otra manera, por presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles o ante nosotros. Debe guardar una copia de los avisos que envíe al Administrador del Plan o al Oficial de Privacidad para sus registros.