

Life Generations Healthcare

HEALTH PLAN NOTICES

TABLE OF CONTENTS

1. Medicare Part D Creditable Coverage Notice
2. HIPAA Comprehensive Notice of Privacy Policy and Procedures
3. Notice of Special Enrollment Rights
4. General COBRA Notice
5. Notice of Right to Designate Primary Care Provider and of No Obligation for Pre-Authorization for OB/GYN Care
6. Women's Health and Cancer Rights Notice
7. Premium Assistance Under Medicaid and the Children's Health Insurance Program (CHIP)

IMPORTANT NOTICE

This packet of notices related to our health care plan includes a notice regarding how the plan's prescription drug coverage compares to Medicare Part D. If you or a covered family member is also enrolled in Medicare Parts A or B, but not Part D, you should read the Medicare Part D notice carefully. It is titled, "Important Notice From Life Generations Healthcare About Your Prescription Drug Coverage and Medicare."

MEDICARE PART D CREDITABLE COVERAGE NOTICE

IMPORTANT NOTICE FROM LIFE GENERATIONS HEALTHCARE ABOUT YOUR PRESCRIPTION DRUG COVERAGE AND MEDICARE

Please read this notice carefully and keep it where you can find it. This notice has information about your current prescription drug coverage with Life Generations Healthcare and about your options under Medicare's prescription drug coverage. This information can help you decide whether you want to join a Medicare drug plan. Information about where you can get help to make decisions about your prescription drug coverage is at the end of this notice.

If neither you nor any of your covered dependents are eligible for or have Medicare, this notice does not apply to you or your dependents, as the case may be. However, you should still keep a copy of this notice in the event you or a dependent should qualify for coverage under Medicare in the future. Please note, however, that later notices might supersede this notice.

1. Medicare prescription drug coverage became available in 2006 to everyone with Medicare. You can get this coverage if you join a Medicare Prescription Drug Plan or join a Medicare Advantage Plan (like an HMO or PPO) that offers prescription drug coverage. All Medicare drug plans provide at least a standard level of coverage set by Medicare. Some plans may also offer more coverage for a higher monthly premium.
2. Life Generations Healthcare has determined that the prescription drug coverage offered by the Life Generations Healthcare Employee Health Care Plan ("Plan") is, on average for all plan participants, expected to pay out as much as standard Medicare prescription drug coverage pays and is considered "creditable" prescription drug coverage. This is important for the reasons described below.

Because your existing coverage is, on average, at least as good as standard Medicare prescription drug coverage, you can keep this coverage and not pay a higher premium (a penalty) if you later decide to enroll in a Medicare drug plan, as long as you later enroll within specific time periods.

Enrolling in Medicare—General Rules

As some background, you can join a Medicare drug plan when you first become eligible for Medicare. If you qualify for Medicare due to age, you may enroll in a Medicare drug plan during a seven-month initial enrollment period. That period begins three months prior to your 65th birthday, includes the month you turn 65, and continues for the ensuing three months. If you qualify for Medicare due to disability or end-stage renal disease, your initial Medicare Part D enrollment period depends on the date your disability or treatment began. For more information you should contact Medicare at the telephone number or web address listed below.

Late Enrollment and the Late Enrollment Penalty

If you decide to *wait* to enroll in a Medicare drug plan you may enroll later, during Medicare Part D's annual enrollment period, which runs each year from October 15 through December 7. But as a general rule, if you delay your enrollment in Medicare Part D, after first becoming eligible to enroll, you may have to pay a higher premium (a penalty).

If after your initial Medicare Part D enrollment period you go **63 continuous days or longer without "creditable" prescription drug coverage** (that is, prescription drug coverage that's at least as good as Medicare's prescription drug coverage), your monthly Part D premium may go up by at least 1 percent of the premium you would have paid had you enrolled timely, for every month that you did not have creditable coverage.

For example, if after your Medicare Part D initial enrollment period you go 19 months without coverage, your premium may be at least 19% higher than the premium you otherwise would have paid. You may have to pay this higher premium for as long as you have Medicare prescription drug coverage. *However, there are some important exceptions to the late enrollment penalty.*

Special Enrollment Period Exceptions to the Late Enrollment Penalty

There are “special enrollment periods” that allow you to add Medicare Part D coverage months or even years after you first became eligible to do so, without a penalty. For example, if after your Medicare Part D initial enrollment period you lose or decide to leave employer-sponsored or union-sponsored health coverage that includes “creditable” prescription drug coverage, you will be eligible to join a Medicare drug plan at that time.

In addition, if you otherwise lose other creditable prescription drug coverage (such as under an individual policy) through no fault of your own, you will be able to join a Medicare drug plan, again without penalty. These special enrollment periods end two months after the month in which your other coverage ends.

Compare Coverage

You should compare your current coverage, including which drugs are covered at what cost, with the coverage and costs of the plans offering Medicare prescription drug coverage in your area. See the Life Generations Healthcare Plan’s summary plan description for a summary of the Plan’s prescription drug coverage. If you don’t have a copy, you can get one by contacting us at the telephone number or address listed below.

Coordinating Other Coverage With Medicare Part D

Generally speaking, if you decide to join a Medicare drug plan while covered under the Life Generations Healthcare Plan due to your employment (or someone else’s employment, such as a spouse or parent), your coverage under the Life Generations Healthcare Plan will not be affected. For most persons covered under the Plan, the Plan will pay prescription drug benefits first, and Medicare will determine its payments second. For more information about this issue of what program pays first and what program pays second, see the Plan’s summary plan description or contact Medicare at the telephone number or web address listed below.

If you do decide to join a Medicare drug plan and drop your Life Generations Healthcare prescription drug coverage, be aware that you and your dependents may not be able to get this coverage back. To regain coverage you would have to re-enroll in the Plan, pursuant to the Plan’s eligibility and enrollment rules. You should review the Plan’s summary plan description to determine if and when you are allowed to add coverage.

For More Information About This Notice or Your Current Prescription Drug Coverage...

Contact the person listed below for further information, or call 714-241-5600. **NOTE:** You’ll get this notice each year. You will also get it before the next period you can join a Medicare drug plan, and if this coverage through Life Generations Healthcare changes. You also may request a copy.

For More Information About Your Options Under Medicare Prescription Drug Coverage...

More detailed information about Medicare plans that offer prescription drug coverage is in the “Medicare & You” handbook. You’ll get a copy of the handbook in the mail every year from Medicare. You may also be contacted directly by Medicare drug plans.

For more information about Medicare prescription drug coverage:

- Visit www.medicare.gov.

- Call your State Health Insurance Assistance Program (see the inside back cover of your copy of the “Medicare & You” handbook for their telephone number) for personalized help,
- Call 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users should call 1-877-486-2048.

If you have limited income and resources, extra help paying for Medicare prescription drug coverage is available. For information about this extra help, visit Social Security on the web at www.socialsecurity.gov, or call them at 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Remember: Keep this Creditable Coverage notice. If you decide to join one of the Medicare drug plans, you may be required to provide a copy of this notice when you join to show whether or not you have maintained creditable coverage and whether or not you are required to pay a higher premium (a penalty).

Date:	October 2, 2025
Name of Entity/Sender:	Michelle Rubeshaw
Contact—Position/Office:	HR Director
Address:	6 Hutton Centre Drive Santa Ana, California 92707
Phone Number:	714-241-5600

Nothing in this notice gives you or your dependents a right to coverage under the Plan. Your (or your dependents’) right to coverage under the Plan is determined solely under the terms of the Plan.

**HIPAA COMPREHENSIVE NOTICE OF PRIVACY POLICY
AND PROCEDURES**

**LIFE GENERATIONS HEALTHCARE
IMPORTANT NOTICE
COMPREHENSIVE NOTICE OF PRIVACY POLICY AND PROCEDURES**

**THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE
USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION.
PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.**

This notice is provided to you on behalf of:

Life Generations Health and Welfare Benefit Plan *

* This notice pertains only to healthcare coverage provided under the plan.

For the remainder of this notice, Life Generations Health and Welfare Benefit Plan is referred to as Company.

1. Introduction: This Notice is being provided to all covered participants in accordance with the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA) and is intended to apprise you of the legal duties and privacy practices of the Company's self-insured group health plans. If you are a participant in any fully insured group health plan of the Company, then the insurance carriers with respect to those plans is required to provide you with a separate privacy notice regarding its practices.

2. General Rule: A group health plan is required by HIPAA to maintain the privacy of protected health information, to provide individuals with notices of the plan's legal duties and privacy practices with respect to protected health information, and to notify affected individuals follow a breach of unsecured protected health information. In general, a group health plan may only disclose protected health information (i) for the purpose of carrying out treatment, payment and health care operations of the plan, (ii) pursuant to your written authorization; or (iii) for any other permitted purpose under the HIPAA regulations.

3. Protected Health Information: The term "protected health information" includes all individually identifiable health information transmitted or maintained by a group health plan, regardless of whether or not that information is maintained in an oral, written or electronic format. Protected health information does not include employment records or health information that has been stripped of all individually identifiable information and with respect to which there is no reasonable basis to believe that the health information can be used to identify any particular individual.

4. Use and Disclosure for Treatment, Payment and Health Care Operations: A group health plan may use protected health information without your authorization to carry out treatment, payment and health care operations of the group health plan.

- An example of a "treatment" activity includes consultation between the plan and your health care provider regarding your coverage under the plan.
- Examples of "payment" activities include billing, claims management, and medical necessity reviews.

- Examples of "health care operations" include disease management and case management activities.

The group health plan may also disclose protected health information to a designated group of employees of the Company, known as the HIPAA privacy team, for the purpose of carrying out plan administrative functions, including treatment, payment and health care operations.

5. Disclosure for Underwriting Purposes. A group health plan is generally prohibited from using or disclosing protected health information that is genetic information of an individual for purposes of underwriting.

6. Uses and Disclosures Requiring Written Authorization: Subject to certain exceptions described elsewhere in this Notice or set forth in regulations of the Department of Health and Human Services, a group health plan may not disclose protected health information for reasons unrelated to treatment, payment or health care operations without your authorization. Specifically, a group health plan may not use your protected health information for marketing purposes or sell your protected health information. Any use or disclosure not disclosed in this Notice will be made only with your written authorization. If you authorize a disclosure of protected health information, it will be disclosed solely for the purpose of your authorization and may be revoked at any time. Authorization forms are available from the Privacy Official identified in section 23.

7. Special Rule for Mental Health Information: Your written authorization generally will be obtained before a group health plan will use or disclose psychotherapy notes (if any) about you.

8. Uses and Disclosures for which Authorization or Opportunity to Object is not Required: A group health plan may use and disclose your protected health information without your authorization under the following circumstances:

- When required by law;
- When permitted for purposes of public health activities;
- When authorized by law to report information about abuse, neglect or domestic violence to public authorities;
- When authorized by law to a public health oversight agency for oversight activities;
- When required for judicial or administrative proceedings;
- When required for law enforcement purposes;
- When required to be given to a coroner or medical examiner or funeral director;
- When disclosed to an organ procurement organization;
- When used for research, subject to certain conditions;
- When necessary to prevent or lessen a serious and imminent threat to the health or safety of a person or the public and the disclosure is to a person reasonably able to prevent or lessen the threat; and
- When authorized by and to the extent necessary to comply with workers' compensation or other similar programs established by law.

9. Minimum Necessary Standard: When using or disclosing protected health information or when requesting protected health information from another covered entity, a group health plan must make reasonable efforts not to use, disclose or request more than the minimum amount of protected health information necessary to accomplish the intended purpose of the use, disclosure or request. The minimum necessary standard will not apply to: disclosures to or requests by a health care provider for treatment; uses or disclosures made to the individual about his or her own protected health information, as permitted or required by HIPAA; disclosures made to the Department of Health and Human Services; or uses or disclosures that are required by law.

10. Disclosures of Summary Health Information: A group health plan may use or disclose summary health information to the Company for the purpose of obtaining premium bids or modifying, amending or terminating the group health plan. Summary health information summarizes the participant claims history and other information without identifying information specific to any one individual.

11. Disclosures of Enrollment Information: A group health plan may disclose to the Company information on whether an individual is enrolled in or has disenrolled in the plan.

12. Disclosure to the Department of Health and Human Services: A group health plan may use and disclose your protected health information to the Department of Health and Human Services to investigate or determine the group health plan's compliance with the privacy regulations.

13. Disclosures to Family Members, other Relations and Close Personal Friends: A group health plan may disclose protected health information to your family members, other relatives, close personal friends and anyone else you choose, if: (i) the information is directly relevant to the person's involvement with your care or payment for that care, and (ii) either you have agreed to the disclosure, you have been given an opportunity to object and have not objected, or it is reasonably inferred from the circumstances, based on the plan's common practice, that you would not object to the disclosure.

For example, if you are married, the plan will share your protected health information with your spouse if

he or she reasonably demonstrates to the plan and its representatives that he or she is acting on your behalf and with your consent. Your spouse might do so by providing the plan with your claim number or social security number. Similarly, the plan will normally share protected health information about a dependent child (whether or not emancipated) with the child's parents. The plan might also disclose your protected health information to your family members, other relatives, and close personal friends if you are unable to make health care decisions about yourself due to incapacity or an emergency.

14. Appointment of a Personal Representative: You may exercise your rights through a personal representative upon appropriate proof of authority (including, for example, a notarized power of attorney). The group health plan retains discretion to deny access to your protected health information to a personal representative.

15. Individual Right to Request Restrictions on Use or Disclosure of Protected Health Information: You may request the group health plan to restrict (1) uses and disclosures of your protected health information to carry out treatment, payment or health care operations, or (2) uses and disclosures to family members, relatives, friends or other persons identified by you who are involved in your care or payment for your care. However, the group health plan is not required to and normally will not agree to your request in the absence of special circumstances. A covered entity (other than a group health plan) must agree to the request of an individual to restrict disclosure of protected health information about the individual to the group health plan, if (a) the disclosure is for the purpose of carrying out payment or health care operations and is not otherwise required by law, and (b) the protected health information pertains solely to a health care item or service for which the individual (or person other than the health plan on behalf of the individual) has paid the covered entity in full.

16. Individual Right to Request Alternative Communications: The group health plan will accommodate reasonable written requests to receive communications of protected health information by alternative means or at alternative locations (such as an alternative telephone number or mailing address) if you represent that disclosure otherwise could endanger you. The plan will not normally accommodate a request to receive communications of protected health information by alternative means or

at alternative locations for reasons other than your endangerment unless special circumstances warrant an exception.

17. Individual Right to Inspect and Copy Protected Health Information: You have a right to inspect and obtain a copy of your protected health information contained in a "designated record set," for as long as the group health plan maintains the protected health information. A "designated record set" includes the medical records and billing records about individuals maintained by or for a covered health care provider; enrollment, payment, billing, claims adjudication and case or medical management record systems maintained by or for a health plan; or other information used in whole or in part by or for the group health to make decisions about individuals.

The requested information will be provided within 30 days. A single 30-day extension is allowed if the group health plan is unable to comply with the deadline, provided that you are given a written statement of the reasons for the delay and the date by which the group health plan will complete its action on the request. If access is denied, you or your personal representative will be provided with a written denial setting forth the basis for the denial, a description of how you may exercise those review rights and a description of how you may contact the Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services.

18. Individual Right to Amend Protected Health Information: You have the right to request the group health plan to amend your protected health information for as long as the protected health information is maintained in the designated record set. The group health plan has 60 days after the request is made to act on the request. A single 30-day extension is allowed if the group health plan is unable to comply with the deadline. If the request is denied in whole or part, the group health plan must provide you with a written denial that explains the basis for the denial. You may then submit a written statement disagreeing with the denial and have that statement included with any future disclosures of your protected health information.

19. Right to Receive an Accounting of Protected Health Information Disclosures: You have the right to request an accounting of all disclosures of your protected health information by the group health plan during the six years prior to the date of your request. However, such accounting need not include

disclosures made: (1) to carry out treatment, payment or health care operations; (2) to individuals about their own protected health information; (3) prior to the compliance date; or (4) pursuant to an individual's authorization.

If the accounting cannot be provided within 60 days, an additional 30 days is allowed if the individual is given a written statement of the reasons for the delay and the date by which the accounting will be provided. If you request more than one accounting within a 12-month period, the group health plan may charge a reasonable fee for each subsequent accounting.

20. The Right to Receive a Paper Copy of This Notice Upon Request: If you are receiving this Notice in an electronic format, then you have the right

to receive a written copy of this Notice free of charge by contacting the Privacy Official (see section 23).

21. Changes in the Privacy Practice. Each group health plan reserves the right to change its privacy practices from time to time by action of the Privacy Official. You will be provided with an advance notice of any material change in the plan's privacy practices.

22. Your Right to File a Complaint with the Group Health Plan or the Department of Health and Human Services: If you believe that your privacy rights have been violated, you may complain to the group health plan in care of the HIPAA Privacy Official (see section 24). You may also file a complaint with the Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services, Hubert H. Humphrey Building, 200 Independence Avenue S.W., Washington, D.C. 20201. The group health plan will not retaliate against you for filing a complaint.

23. Person to Contact at the Group Health Plan for More Information: If you have any questions regarding this Notice or the subjects addressed in it, you may contact the Privacy Official.

Privacy Official

The Plan's Privacy Official, the person responsible for ensuring compliance with this notice, is:

Michelle Rubeshaw
HR Director
714-241-5600

Effective Date

The effective date of this notice is: October 1, 2025.

NOTICE OF SPECIAL ENROLLMENT RIGHTS

LIFE GENERATIONS HEALTHCARE EMPLOYEE HEALTH CARE PLAN

If you are declining enrollment for yourself or your dependents (including your spouse) because of other health insurance or group health plan coverage, you may be able to later enroll yourself and your dependents in this plan if you or your dependents lose eligibility for that other coverage (or if the employer stops contributing toward your or your dependents' other coverage).

Loss of eligibility includes but is not limited to:

- Loss of eligibility for coverage as a result of ceasing to meet the plan's eligibility requirements (e.g., divorce, cessation of dependent status, death of an employee, termination of employment, reduction in the number of hours of employment);
- Loss of HMO coverage because the person no longer resides or works in the HMO service area and no other coverage option is available through the HMO plan sponsor;
- Elimination of the coverage option a person was enrolled in, and another option is not offered in its place;
- Failing to return from an FMLA leave of absence; and
- Loss of eligibility under Medicaid or the Children's Health Insurance Program (CHIP).

Unless the event giving rise to your special enrollment right is a loss of eligibility under Medicaid or CHIP, you must request enrollment within *60 days* after your or your dependent's(s') other coverage ends (or after the employer that sponsors that coverage stops contributing toward the coverage).

If the event giving rise to your special enrollment right is a loss of coverage under Medicaid or CHIP, you may request enrollment under this plan within *60 days* of the date you or your dependent(s) lose such coverage under Medicaid or CHIP. Similarly, if you or your dependent(s) become eligible for a state-granted premium subsidy toward this plan, you may request enrollment under this plan within *60 days* after the date Medicaid or CHIP determine that you or the dependent(s) qualify for the subsidy.

In addition, if you have a new dependent as a result of marriage, birth, adoption, or placement for adoption, you may be able to enroll yourself and your dependents. However, you must request enrollment within *60 days* after the marriage, birth, adoption, or placement for adoption.

To request special enrollment or obtain more information, contact:

Michelle Rubeshaw
HR Director
714-241-5600

**** This notice is relevant for healthcare coverages subject to the HIPAA portability rules.***

GENERAL COBRA NOTICE

Introduction

You're getting this notice because you recently gained coverage under a group health plan (the Plan). This notice has important information about your right to COBRA continuation coverage, which is a temporary extension of coverage under the Plan. **This notice explains COBRA continuation coverage, when it may become available to you and your family, and what you need to do to protect your right to get it.** When you become eligible for COBRA, you may also become eligible for other coverage options that may cost less than COBRA continuation coverage.

The right to COBRA continuation coverage was created by a federal law, the Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act of 1985 (COBRA). COBRA continuation coverage can become available to you and other members of your family when group health coverage would otherwise end. For more information about your rights and obligations under the Plan and under federal law, you should review the Plan's Summary Plan Description or contact the Plan Administrator.

You may have other options available to you when you lose group health coverage. For example, you may be eligible to buy an individual plan through the Health Insurance Marketplace. By enrolling in coverage through the Marketplace, you may qualify for lower costs on your monthly premiums and lower out-of-pocket costs. Additionally, you may qualify for a 30-day special enrollment period for another group health plan for which you are eligible (such as a spouse's plan), even if that plan generally doesn't accept late enrollees.

What is COBRA continuation coverage?

COBRA continuation coverage is a continuation of Plan coverage when it would otherwise end because of a life event. This is also called a "qualifying event." Specific qualifying events are listed later in this notice. After a qualifying event, COBRA continuation coverage must be offered to each person who is a "qualified beneficiary." You, your spouse, and your dependent children could become qualified beneficiaries if coverage under the Plan is lost because of the qualifying event. Under the Plan, qualified beneficiaries who elect COBRA continuation coverage must pay for COBRA continuation coverage.

If you're an employee, you'll become a qualified beneficiary if you lose your coverage under the Plan because of the following qualifying events:

- Your hours of employment are reduced, or
- Your employment ends for any reason other than your gross misconduct.

If you're the spouse of an employee, you'll become a qualified beneficiary if you lose your coverage under the Plan because of the following qualifying events:

- Your spouse dies;
- Your spouse's hours of employment are reduced;
- Your spouse's employment ends for any reason other than his or her gross misconduct;
- Your spouse becomes entitled to Medicare benefits (under Part A, Part B, or both); or
- You become divorced or legally separated from your spouse.

Your dependent children will become qualified beneficiaries if they lose coverage under the Plan because of the following qualifying events:

- The parent-employee dies;
- The parent-employee's hours of employment are reduced;
- The parent-employee's employment ends for any reason other than his or her gross misconduct;
- The parent-employee becomes entitled to Medicare benefits (Part A, Part B, or both);
- The parents become divorced or legally separated; or
- The child stops being eligible for coverage under the Plan as a "dependent child."

When is COBRA continuation coverage available?

The Plan will offer COBRA continuation coverage to qualified beneficiaries only after the Plan Administrator has been notified that a qualifying event has occurred. The employer must notify the Plan Administrator of the following qualifying events:

- The end of employment or reduction of hours of employment;
- Death of the employee;
- The employee's becoming entitled to Medicare benefits (under Part A, Part B, or both).

For all other qualifying events (divorce or legal separation of the employee and spouse or a dependent child's losing eligibility for coverage as a dependent child), you must notify the Plan Administrator within 60 days after the qualifying event occurs. You must provide this notice in writing to the Plan Administrator. Any notice you provide must state the name of the plan or plans under which you lost or are losing coverage, the name and address of the employee covered under the plan, the name(s) and address(es) of the qualified beneficiary(ies), and the qualifying event and the date it happened. The Plan Administrator will direct you to provide the appropriate documentation to show proof of the event.

How is COBRA continuation coverage provided?

Once the Plan Administrator receives notice that a qualifying event has occurred, COBRA continuation coverage will be offered to each of the qualified beneficiaries. Each qualified beneficiary will have an independent right to elect COBRA continuation coverage. Covered employees may elect COBRA continuation coverage on behalf of their spouses, and parents may elect COBRA continuation coverage on behalf of their children.

COBRA continuation coverage is a temporary continuation of coverage that generally lasts for 18 months due to employment termination or reduction of hours of work. Certain qualifying events, or a second qualifying event during the initial period of coverage, may permit a beneficiary to receive a maximum of 36 months of coverage.

There are also ways in which this 18-month period of COBRA continuation coverage can be extended:

Disability extension of 18-month period of COBRA continuation coverage

If you or anyone in your family covered under the Plan is determined by Social Security to be disabled and you notify the Plan Administrator in a timely fashion, you and your entire family may be entitled to get up to an additional 11 months of COBRA continuation coverage, for a maximum of 29 months. The disability would have to have started at some time before the 60th day of COBRA continuation coverage and must last at least until the end of the 18-month period of COBRA continuation coverage. If you believe you are eligible for this extension, contact the Plan Administrator.

Second qualifying event extension of 18-month period of continuation coverage

If your family experiences another qualifying event during the 18 months of COBRA continuation coverage, the spouse and dependent children in your family can get up to 18 additional months of COBRA continuation coverage, for a maximum of 36 months, if the Plan is properly notified about the second qualifying event. This extension may be available to the spouse and any dependent children getting COBRA continuation coverage if the employee or former employee dies; becomes entitled to Medicare benefits (under Part A, Part B, or both); gets divorced or legally separated; or if the dependent child stops being eligible under the Plan as a dependent child. This extension is only available if the second qualifying event would have caused the spouse or dependent child to lose coverage under the Plan had the first qualifying event not occurred.

Are there other coverage options besides COBRA Continuation Coverage?

Yes. Instead of enrolling in COBRA continuation coverage, there may be other coverage options for you and your family through the Health Insurance Marketplace, Medicare, Medicaid, [Children's Health Insurance Program \(CHIP\)](#), or other group health plan coverage options (such as a spouse's plan) through what is called a "special enrollment period." Some of these options may cost less than COBRA continuation coverage. You can learn more about many of these options at www.healthcare.gov.

Can I enroll in Medicare instead of COBRA continuation coverage after my group health plan coverage ends?

In general, if you don't enroll in Medicare Part A or B when you are first eligible because you are still employed, after the Medicare initial enrollment period, you have an 8-month special enrollment period¹ to sign up for Medicare Part A or B, beginning on the earlier of

- The month after your employment ends; or
- The month after group health plan coverage based on current employment ends.

If you don't enroll in Medicare and elect COBRA continuation coverage instead, you may have to pay a Part B late enrollment penalty and you may have a gap in coverage if you decide you want Part B later. If you elect COBRA continuation coverage and later enroll in Medicare Part A or B before the COBRA continuation coverage ends, the Plan may terminate your continuation coverage. However, if Medicare Part A or B is effective on or before the date of the COBRA election, COBRA coverage may not be discontinued on account of Medicare entitlement, even if you enroll in the other part of Medicare after the date of the election of COBRA coverage.

If you are enrolled in both COBRA continuation coverage and Medicare, Medicare will generally pay first (primary payer) and COBRA continuation coverage will pay second. Certain plans may pay as if secondary to Medicare, even if you are not enrolled in Medicare.

For more information visit <https://www.medicare.gov/medicare-and-you>.

If you have questions

Questions concerning your Plan or your COBRA continuation coverage rights should be addressed to the contact or contacts identified below. For more information about your rights under the Employee Retirement Income Security Act (ERISA), including COBRA, the Patient Protection and Affordable Care Act, and other laws affecting group health plans, contact the nearest Regional or District Office of the U.S. Department of Labor's Employee Benefits Security Administration (EBSA) in your area or visit www.dol.gov/ebsa. (Addresses and phone numbers of Regional and District EBSA Offices are available through EBSA's website.) For more information about the Marketplace, visit www.HealthCare.gov.

Keep your Plan informed of address changes

To protect your family's rights, let the Plan Administrator know about any changes in the addresses of family members. You should also keep a copy, for your records, of any notices you send to the Plan Administrator.

Plan contact information

For additional information regarding your COBRA continuation coverage rights, please contact the Plan Administrator below:

Michelle Rubeshaw
HR Director
6 Hutton Centre Drive
Santa Ana, California 92707
714-241-5600

¹ <https://www.medicare.gov/basics/get-started-with-medicare/sign-up/when-does-medicare-coverage-start>

**NOTICE OF RIGHT TO DESIGNATE PRIMARY CARE PROVIDER AND OF NO OBLIGATION
FOR PRE-AUTHORIZATION FOR OB/GYN CARE**

Life Generations Healthcare Employee Health Care Plan generally allows the designation of a primary care provider. You have the right to designate any primary care provider who participates in our network and who is available to accept you or your family members. For information on how to select a primary care provider, and for a list of the participating primary care providers, contact the plan administrator at 714-241-5600.

For children, you may designate a pediatrician as the primary care provider.

WOMEN’S HEALTH AND CANCER RIGHTS NOTICE

Life Generations Healthcare Employee Health Care Plan is required by law to provide you with the following notice:

The Women’s Health and Cancer Rights Act of 1998 (“WHCRA”) provides certain protections for individuals receiving mastectomy-related benefits. Coverage will be provided in a manner determined in consultation with the attending physician and the patient for:

- All stages of reconstruction of the breast on which the mastectomy was performed;
- Surgery and reconstruction of the other breast to produce a symmetrical appearance;
- Prostheses; and
- Treatment of physical complications of the mastectomy, including lymphedemas.

The Life Generations Healthcare Employee Health Care Plan provide(s) medical coverage for mastectomies and the related procedures listed above, subject to the same deductibles and coinsurance applicable to other medical and surgical benefits provided under this plan. Therefore, the following deductibles and coinsurance apply:

Anthem PPO	In-Network	Out-of-Network
Individual Deductible	\$1,000	\$2,000
Family Deductible	\$2,000	\$4,000
Coinsurance	20%	50%
Anthem EPO	In-Network	Out-of-Network
Individual Deductible	\$1,500	Not Covered
Family Deductible	\$3,000	Not Covered
Coinsurance	30%	Not Covered

Anthem HSA HDHP	In-Network	Out-of-Network
Individual Deductible	\$3,300	\$6,000
Family Deductible	\$6,000	\$12,000
Coinsurance	20%	50%
Kaiser Low HRA	In-Network	Out-of-Network
Individual Deductible	\$4,000	Not Covered
Family Deductible	\$8,000	Not Covered
Coinsurance	30%	Not Covered
Kaiser Mid HRA	In-Network	Out-of-Network
Individual Deductible	\$3,000	Not Covered
Family Deductible	\$6,000	Not Covered
Coinsurance	30%	Not Covered
Kaiser High HMO	In-Network	Out-of-Network
Individual Deductible	\$0	Not Covered
Family Deductible	\$0	Not Covered
Coinsurance	0%	Not Covered
Kaiser Traditional HMO	In-Network	Out-of-Network
Individual Deductible	\$0	Not Covered
Family Deductible	\$0	Not Covered
Coinsurance	0%	Not Covered
MediExcel	In-Network	Out-of-Network
Individual Deductible	\$0	Not Covered
Family Deductible	\$0	Not Covered
Coinsurance	0%	Not Covered

If you would like more information on WHCRA benefits, please refer to your Summary Plan Description or contact your Plan Administrator at:

Michelle Rubeshaw
HR Director
714-241-5600

Life Generations Healthcare HEALTH PLAN NOTICES

TABLE OF CONTENTS

1. Aviso de cobertura acreditable de la Parte D de Medicare
2. Aviso integral de la HIPAA sobre políticas y procedimientos de privacidad
3. Aviso de derechos especiales de inscripción
4. Aviso general de la COBRA
5. Aviso del derecho a designar un Proveedor de Atención Primaria y de la no obligación de autorización previa para Atención de Obstetricia y Ginecología
6. Aviso de derechos de salud y cáncer de las mujeres
7. Ayuda con las primas de acuerdo a Medicaid y al Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP)

AVISO IMPORTANTE

Este paquete de avisos relacionados con nuestro plan médico incluye un aviso sobre cómo se compara la cobertura de medicamentos con prescripción del plan y la Parte D de Medicare. Si usted, o un miembro de su familia con cobertura, también está inscrito en las Partes A o B de Medicare, pero no en la Parte D, debe leer con detenimiento el aviso de la Parte D de Medicare. Se titula “Aviso importante de Life Generations Healthcare sobre su cobertura de medicamentos con prescripción y Medicare”.

AVISO IMPORTANTE DE LIFE GENERATIONS HEALTHCARE SOBRE SU COBERTURA DE MEDICAMENTOS CON PRESCRIPCIÓN Y MEDICARE

Lea este aviso con detenimiento y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos con prescripción con Life Generations Healthcare y sobre sus opciones amparadas por la cobertura de medicamentos con prescripción de Medicare. Esta información puede ayudarlo a decidir si desea inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. La información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos con prescripción se encuentra al final de este aviso.

Si ni usted ni sus dependientes cubiertos son elegibles ni tienen Medicare, este aviso no aplica ni para usted ni para sus dependientes, según sea el caso. Sin embargo, igual debe conservar una copia de este aviso en caso de que usted o un dependiente califiquen para cobertura de Medicare en el futuro. Tenga en cuenta, sin embargo, que los avisos posteriores pueden reemplazar este aviso.

Hay dos cosas importantes que usted necesita saber sobre su cobertura actual de Medicare y la cobertura de medicamentos recetados:

1. La cobertura de medicamentos con prescripción de Medicare estuvo disponible en 2006 para todas las personas que tenían Medicare. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan de Medicamentos con Prescripción de Medicare o en un Plan Medicare Advantage (como una Organización para el Mantenimiento de la Salud [Health Maintenance Organization, HMO] o una Organización de Proveedores Preferidos [Preferred Provider Organization, PPO]) que ofrecen cobertura de medicamentos con prescripción. Todos los planes de medicamentos de Medicare brindan, al menos, un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
2. Life Generations Healthcare ha determinado que se prevé que la cobertura de medicamentos con prescripción ofrecida por el Plan de Salud del Empleado ("Plan") de Life Generations Healthcare pague, en promedio para todos los participantes del plan, tanto como paga la cobertura estándar de medicamentos con prescripción de Medicare, y que se considere como una cobertura "acreditable" de medicamentos con prescripción. Esto es importante por los motivos que se describen a continuación.

Debido a que su cobertura actual es, en promedio, al menos tan buena como la cobertura estándar de medicamentos con prescripción de Medicare, puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una penalización) si posteriormente decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, siempre que lo haga dentro de períodos específicos.

Inscribirse en Medicare — Normas generales

A modo de contexto, puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare si primero ha sido elegible para Medicare. Si califica para Medicare debido a su edad, puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare durante un período de inscripción inicial de siete meses. Ese período comienza tres meses antes de que cumpla 65 años, incluyendo el mes en que los cumple, y continúa durante los siguientes tres meses. Si califica para Medicare debido a discapacidad o a enfermedad renal en fase terminal, su período inicial de inscripción en la Parte D de Medicare depende de la fecha en la que comenzó su discapacidad o tratamiento. Para obtener más información, debe comunicarse con Medicare al número de teléfono o a la dirección web que aparecen más adelante.

Inscripción tardía y penalización por inscripción tardía

Si decide *esperar* para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, puede hacerlo posteriormente durante el período de inscripción anual de la Parte D de Medicare, el cual se abre cada año del 15 de octubre al 7 de diciembre. Pero como norma general, si difiere su inscripción en la Parte D de Medicare después de haber sido elegible para inscribirse, es posible que deba pagar una prima más alta (una penalización).

Si después de su período inicial de inscripción de la Parte D de Medicare usted pasa **63 días continuos o más sin cobertura “acreditable” de medicamentos con prescripción** (es decir, una cobertura de medicamentos con prescripción que sea, al menos, tan buena como la cobertura de medicamentos con prescripción de Medicare), su prima mensual de la Parte D puede subir en, al menos, 1% de la prima que habría pagado si se hubiera inscrito oportunamente por cada mes que no tuvo cobertura acreditable.

Por ejemplo, si después de su período inicial de inscripción de la Parte D de Medicare usted pasa 19 meses sin cobertura, su prima puede ser, al menos, 19% más alta que la prima que de otro modo hubiera pagado. Es posible que tenga que pagar esta prima más alta durante el tiempo que tenga cobertura de medicamentos con prescripción de Medicare. *Sin embargo, hay algunas excepciones importantes a la penalización por inscripción tardía.*

Excepciones del período especial de inscripción a la penalización por inscripción tardía

Existen “períodos especiales de inscripción” que le permiten agregar cobertura de la Parte D de Medicare meses o incluso años después de que sea elegible para hacerlo, sin una penalización. Por ejemplo, si después de su período inicial de inscripción de la Parte D de Medicare pierde o decide abandonar la cobertura médica patrocinada por el empleador o por el sindicato que incluye cobertura “acreditable” de medicamentos con prescripción, será elegible para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare en ese momento.

Además, si de otro modo pierde otra cobertura acreditable de medicamentos con prescripción (como en el caso de una póliza individual) sin que sea su culpa, podrá inscribirse nuevamente en un plan de medicamentos de Medicare sin penalización. Estos períodos especiales de inscripción finalizan dos meses después del mes en el que finaliza su otra cobertura.

Compare coberturas

Debe comparar su cobertura actual, incluidos cuáles medicamentos están cubiertos a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos con prescripción de Medicare en su área. Consulte el resumen del Plan de Life Generations Healthcare para obtener una síntesis de la cobertura de medicamentos con prescripción del plan. Si no tiene una copia, puede obtener una al comunicarse con nosotros al número de teléfono o a la dirección que se encuentran más adelante.

Coordinación de otra cobertura con la Parte D de Medicare

En términos generales, si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare mientras está cubierto por el plan de Life Generations Healthcare debido a su empleo (o al empleo de otra persona, como su cónyuge o alguno de sus padres), su cobertura amparada por el Plan de Life Generations Healthcare no resultará afectada. Para la mayoría de las personas cubiertas por el Plan, el Plan pagará primero los beneficios de medicamentos con prescripción, y Medicare determinará sus pagos en segundo lugar. Para obtener más información acerca de este tema sobre qué programa paga primero y qué programa paga en segundo lugar, consulte el resumen del Plan o comuníquese con Medicare al número de teléfono o a la dirección web que figuran más adelante.

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y cancelar su cobertura de medicamentos con prescripción de Life Generations Healthcare, tenga en cuenta que es posible que usted y sus dependientes no puedan recuperar esta cobertura. Para recuperar la cobertura, deberá volver a inscribirse en el Plan, conforme a las normas de elegibilidad e inscripción del Plan. Debe revisar el resumen del Plan para determinar si le está permitido agregar cobertura y cuándo.

Para obtener más información sobre este aviso o sobre su cobertura actual de medicamentos con prescripción:

Comuníquese con la persona que figura más adelante para obtener más información, o llame al 714-241-5600. **NOTA:** Recibirá este aviso cada año. También lo recibirá antes del próximo período en el que puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, y si esta cobertura a través de Life Generations Healthcare cambia. También puede solicitar una copia.

Para obtener más información sobre sus opciones amparadas por la cobertura de medicamentos con prescripción de Medicare:

Puede encontrar información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos con prescripción en el manual “Medicare & You” (Medicare y usted). Obtendrá una copia del manual por correo cada año de parte de Medicare. También es posible que los planes de medicamentos de Medicare se comuniquen directamente con usted.

Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos con prescripción de Medicare:

- Visite www.medicare.gov.
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia de Seguros Médicos (consulte la contraportada interior de su copia del manual “Medicare y usted” para obtener su número de teléfono) para obtener ayuda personalizada.
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene ingresos y recursos limitados, hay disponible ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos con prescripción de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite el sitio web del Seguro Social en www.socialsecurity.gov o llame al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

Recuerde: Conserve este aviso de cobertura acreditable. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que deba proporcionar una copia de este aviso cuando se lo haga para mostrar si ha mantenido o no una cobertura acreditable y si debe o no pagar una prima más alta (una penalización).

Fecha:	October 2, 2025
Nombre de la entidad/del remitente:	Michelle Rubeshaw
Contacto — Cargo/oficina:	HR Director
Dirección:	6 Hutton Centre Drive Santa Ana, California 92707
Número de teléfono:	714-241-5600

LIFE GENERATIONS HEALTHCARE
AVISO IMPORTANTE
AVISO INTEGRAL DE LA HIPAA SOBRE POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DE PRIVACIDAD

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA
Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO CON
DETENIMIENTO.**

Este aviso se le proporciona a usted en nombre de:

ENTER OTHER PLAN INFO HERE

1. Introducción: Este aviso se brinda a todos los participantes cubiertos de acuerdo con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA) y tiene la intención de informarle sobre las obligaciones legales y las prácticas de privacidad de los planes de salud grupales autoasegurados de la empresa. Si usted participa en cualquier plan de salud grupal totalmente asegurado de la empresa, las compañías de seguro con respecto a esos planes deben entregarle un aviso de privacidad por separado con respecto a sus prácticas.

2. Regla general: La HIPAA exige que un plan de salud grupal mantenga la privacidad de la información médica protegida, que informe a las personas con avisos sobre las obligaciones legales y las prácticas de privacidad del plan con respecto a la información médica protegida, y que notifique a las personas afectadas tras una violación de la información médica protegida no segura. En general, un plan de salud grupal solo puede divulgar información médica protegida (i) con el fin de efectuar el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica del plan (ii) conforme a su autorización por escrito, o (iii) para cualquier otro propósito permitido por las regulaciones de la HIPAA.

3. Información médica protegida: El término «información médica protegida» incluye toda la información médica individual identificable transmitida o mantenida por un plan de salud grupal, independientemente de si esa información se mantiene o no en un formato oral, escrito o electrónico. La información médica protegida no incluye los registros de empleo ni la información médica que haya sido privada de toda información identificable individualmente y con respecto a la cual no existan motivos razonables para creer que la

información médica pueda utilizarse para identificar a una persona en concreta.

4. Uso y divulgación para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica: Un plan de salud grupal puede utilizar información médica protegida sin su autorización para llevar a cabo el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica del plan de salud grupal.

- Un ejemplo de una actividad de «tratamiento» incluye la consulta entre el plan y su proveedor de atención médica con respecto a su cobertura según el plan.
- Algunos ejemplos de actividades de «pago» incluyen la facturación, la gestión de reclamos y las revisiones de necesidad médica.
- Algunos ejemplos de «operaciones de atención médica» incluyen el control de enfermedades y las actividades de gestión de casos.

El plan de salud grupal también puede divulgar información médica protegida a un grupo designado de empleados de la empresa, conocido como el equipo de privacidad de la HIPAA, con el fin de realizar las funciones administrativas del plan, incluidos el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica.

5. Divulgación para fines de suscripción. Por lo general, se prohíbe a un plan de salud grupal usar o divulgar información médica protegida que sea información genética de una persona con fines de suscripción.

6. Usos y divulgaciones que requieren autorización por escrito: Sujeto a ciertas excepciones descritas en otra parte de este aviso o establecidas en las

regulaciones del Departamento de Salud y Servicios Humanos, un plan de salud grupal no puede divulgar información médica protegida por motivos no relacionados con el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica sin su autorización. Específicamente, un plan de salud grupal no puede utilizar su información médica protegida con fines de marketing ni vender su información médica protegida. Todo uso o divulgación no indicado en este aviso se realizará únicamente con su autorización por escrito. Si autoriza una divulgación de información médica protegida, se divulgará únicamente con el fin de su autorización y se podrá revocar en cualquier momento. Los formularios de autorización están disponibles con el responsable de privacidad identificado en la sección 23.

7. Regla especial para la información médica de salud mental: Por lo general, su autorización por escrito se obtendrá antes de que un plan de salud grupal utilice o divulgue notas de psicoterapia (si las hubiera) sobre usted.

8. Usos y divulgaciones para los cuales no se requiere autorización u oportunidad de objetar: Un plan de salud grupal puede usar y divulgar su información médica protegida sin su autorización en las siguientes circunstancias:

- Cuando lo exija la ley.
- Cuando esté permitido con fines de actividades de salud pública.
- Cuando la ley lo autorice para informar a las autoridades públicas sobre abuso, negligencia o violencia doméstica.
- Cuando esté autorizado por ley a una agencia de supervisión de la salud pública para actividades de supervisión;
- Cuando sea necesario para procedimientos judiciales o administrativos;
- Cuando sea necesario con fines de aplicación de la ley;
- Cuando sea necesario entregarlo a un médico forense, examinador médico o director de funeraria;
- Cuando se divulgue a una organización de obtención de órganos.
- Cuando se utilice para la investigación, sujeto a ciertas condiciones.
- Cuando sea necesario para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o seguridad de una persona o de las personas y la divulgación es para una persona razonablemente capaz de prevenir o disminuir la amenaza.
- Cuando esté autorizado y en la medida necesaria para cumplir con la indemnización para

trabajadores u otros programas similares establecidos por ley.

9. Estándar mínimo necesario: Cuando se utiliza o divulga información médica protegida o cuando se solicita información médica protegida de otra entidad cubierta, un plan de salud grupal debe hacer esfuerzos razonables para no utilizar, divulgar o solicitar más que la cantidad mínima de información médica protegida necesaria para lograr el propósito previsto de uso, divulgación o solicitud. El estándar mínimo necesario no se aplicará a: divulgaciones o solicitudes de un proveedor de atención médica para el tratamiento; usos o divulgaciones hechas a la persona sobre su propia información médica protegida, según lo permita o requiera la HIPAA; divulgaciones hechas al Departamento de Salud y Servicios Humanos; o usos o divulgaciones que la ley exija.

10. Divulgaciones de información médica resumida: Un plan de salud grupal puede utilizar o divulgar información médica resumida a la empresa con el fin de obtener ofertas de primas o modificar, enmendar o cancelar el plan de salud grupal. La información médica resumida contiene el historial de reclamos y otra información del participante sin identificar la información específica de ninguna persona.

11. Divulgaciones de la información de inscripción: Un plan de salud grupal puede divulgar a la empresa información sobre si una persona está inscrita o ha cancelado su inscripción en el plan.

12. Divulgación al Departamento de Salud y Servicios Humanos: Un plan de salud grupal puede usar y divulgar su información médica protegida al Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar el cumplimiento del plan de salud grupal con las regulaciones de privacidad.

13. Divulgaciones a familiares, otras relaciones y amigos personales cercanos: Un plan de salud grupal puede divulgar información médica protegida a sus familiares, otros familiares, amigos personales cercanos y cualquier otra persona que elija, si: (i) la información es directamente relevante para la participación de la persona en su atención o en el pago de esa atención, y (ii) usted ha aceptado la divulgación, se le ha dado la oportunidad de oponerse y no lo ha hecho, o se deduce razonablemente de las

circunstancias, basándose en la práctica habitual del plan, que usted no se opondría a la divulgación.

Por ejemplo, si está casado, el plan compartirá su información médica protegida con su cónyuge si este demuestra razonablemente al plan y a sus representantes que actúa en su nombre y con su consentimiento. Su cónyuge podría hacerlo proporcionando al plan su número de reclamo o su número de Seguro Social. Del mismo modo, el plan compartirá, por lo general, información médica protegida sobre un hijo dependiente (emancipado o no) con los padres del niño. El plan también podría divulgar su información médica protegida a sus familiares, otros familiares y amigos personales cercanos si usted no puede tomar decisiones de atención médica sobre usted debido a una incapacidad o una emergencia.

14. Nombramiento de un representante personal: Puede ejercer sus derechos a través de un representante personal con la prueba de autoridad correspondiente (incluido, por ejemplo, un poder notarial). El plan de salud grupal conserva la discreción de negar el acceso a su información médica protegida a un representante personal.

15. Derecho individual a solicitar restricciones sobre el uso o la divulgación de información médica protegida: Puede solicitar al plan de salud grupal que restrinja (1) los usos y las divulgaciones de su información médica protegida para llevar a cabo el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica, o (2) los usos y las divulgaciones a familiares, otros familiares, amigos u otras personas identificadas por usted que participan en su atención o en el pago de su atención. Sin embargo, el plan de salud grupal no está obligado y, por lo general, no aceptará su solicitud en ausencia de circunstancias especiales. Una entidad cubierta (que no sea un plan de salud grupal) debe aceptar la solicitud de una persona de restringir la divulgación de información médica protegida sobre la persona al plan de salud grupal, si (a) la divulgación se realiza con el fin de efectuar operaciones de pago o atención médica y no está exigida por la ley, y (b) la información médica protegida se refiere únicamente a un artículo o servicio de atención médica por el cual la persona (o una persona distinta al plan de salud en nombre del individuo) haya pagado en su totalidad a la entidad cubierta.

16. Derecho individual a solicitar comunicaciones alternativas: El plan de salud grupal aceptará

solicitudes razonables por escrito para recibir comunicaciones de información médica protegida por medios alternativos o en lugares alternativos (como un número de teléfono o un domicilio postal alternativos) si usted manifiesta que la divulgación podría ponerlo en peligro. Por lo general, el plan no aceptará una solicitud para recibir comunicaciones de información médica protegida por medios alternativos o en lugares alternativos por razones distintas a que usted esté en peligro, a menos que existan circunstancias especiales justifiquen una excepción.

17. Derecho individual a inspeccionar y copiar información médica protegida: Usted tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia de su información médica protegida contenida en un «conjunto de registros designados», durante el tiempo que el plan de salud grupal conserve la información médica protegida. Un «conjunto de registros designado» incluye los registros médicos y los registros de facturación sobre las personas que conserva un proveedor de atención médica cubierto; los sistemas de registro de inscripción, pago, facturación, adjudicación de reclamos y gestión médica o de casos mantenidos por o para un plan de salud; u otra información utilizada en su totalidad o en parte por el plan de salud grupal para tomar decisiones sobre las personas.

La información solicitada se facilitará en un plazo de 30 días. Se permite una única extensión de 30 días si el plan de salud grupal no puede cumplir con la fecha límite. Si se deniega el acceso, usted o su representante personal recibirán una denegación por escrito en la que se expondrán los motivos de la denegación, una descripción de cómo puede ejercer esos derechos de revisión y una descripción de cómo puede comunicarse con el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

18. Derecho individual a modificar la información médica protegida: Usted tiene derecho a solicitar que el plan de salud grupal modifique su información médica protegida durante el tiempo que la información médica protegida se mantenga en el conjunto de registros designados. El plan de salud grupal dispone de 60 días a partir de la presentación de la solicitud para tomar una decisión al respecto. Se permite una única extensión de 30 días si el plan de salud grupal no puede cumplir con la fecha límite. Si la solicitud se deniega en su totalidad o en parte, el plan de salud grupal debe proporcionarle una denegación por escrito que explique los motivos de la negación. A continuación, puede presentar una declaración por escrito en desacuerdo con la denegación y hacer que dicha declaración se incluya con cualquier divulgación futura de su información médica protegida.

19. Derecho a recibir un registro de las divulgaciones de información médica protegida: Usted tiene derecho a solicitar un registro de todas las divulgaciones de su información médica protegida por parte del plan de salud grupal durante los seis años anteriores a la fecha de su solicitud. Sin embargo, no es necesario que dicho registro incluya las divulgaciones realizadas: (1) para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica; (2) a personas sobre su propia información médica protegida; (3) antes de la fecha de cumplimiento; o (4) de conformidad con la autorización de una persona.

Si el registro no puede efectuarse en un plazo de 60 días, se permite un plazo adicional de 30 días si la persona recibe una declaración por escrito de los motivos del retraso y la fecha en la que se facilitará el registro. Si solicita más de un registro en un periodo de 12 meses, el plan de salud grupal puede cobrar una tarifa razonable por cada registro posterior.

20. Derecho a recibir una copia impresa de este aviso si lo solicita: Si recibe este aviso en formato electrónico, usted tiene derecho a recibir una copia

por escrito de este aviso sin costo comunicándose con el responsable de privacidad (consulte la sección 23).

21. Cambios en las prácticas de privacidad. Cada plan de salud grupal se reserva el derecho de cambiar sus prácticas de privacidad ocasionalmente por acción del responsable de privacidad. Se le enviará un aviso previo de cualquier cambio esencial en las prácticas de privacidad del plan.

22. Su derecho a presentar una queja ante el plan de salud grupal o el Departamento de Salud y Servicios Humanos: Si considera que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante el plan de salud grupal a cargo del responsable de privacidad de la HIPAA (consulte la sección 24). También puede presentar una queja ante la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. a Hubert H. Humphrey Building, 200 Independence Avenue S.W., Washington, D.C. 20201. El plan de salud grupal no tomará represalias contra usted por presentar una queja.

23. Persona de contacto del plan de salud grupal para obtener más información [/ u]: Si tiene alguna

pregunta sobre este aviso o sobre los temas tratados en él, puede ponerse en contacto con el responsable de privacidad: [INSERTAR NOMBRE/TÍTULO Y CORREO ELECTRÓNICO O NÚMERO DE TELÉFONO].

Funcionario de Privacidad

El Funcionario de Privacidad del Plan, la persona responsable de garantizar el cumplimiento de este aviso, es:

Michelle Rubeshaw
HR Director
714-241-5600

Fecha de entrada en vigor:

La fecha de entrada en vigor de este aviso es: October 2, 2025.

AVISO DE DERECHOS ESPECIALES DE INSCRIPCIÓN

PLAN DE SALUD DEL EMPLEADO DE LIFE GENERATIONS HEALTHCARE AVISO DE DERECHOS ESPECIALES DE INSCRIPCIÓN

Si rechaza la inscripción para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a otro seguro de salud o a un plan colectivo de cobertura médica, puede inscribirse posteriormente 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 a la de sus dependientes).

La pérdida de elegibilidad incluye, entre otros:

- Pérdida de elegibilidad para la cobertura como consecuencia de dejar de cumplir con los requisitos de elegibilidad del plan (p. ej., divorcio, cese de la situación de dependiente, fallecimiento de un empleado, terminación del empleo, reducción en el número de horas de empleo).
- Pérdida de la cobertura de una HMO porque la persona ya no reside o no trabaja en el área de servicio de la HMO y no hay otra opción de cobertura disponible a través del patrocinador del plan de la HMO.
- Eliminación de la opción de cobertura en la que se inscribió una persona, y no se ofrece otra opción en su lugar.
- No regresar de un permiso de ausencia de la Ley de Ausencia Familiar y Médica (Family and Medical Leave Act, FMLA).
- Pérdida de elegibilidad de acuerdo a Medicaid o al Programa de Seguro Médico Infantil (Children's Health Insurance Program, CHIP).

A menos que el evento que da lugar a su derecho especial de inscripción sea una pérdida de elegibilidad de acuerdo a Medicaid o al CHIP, debe solicitar la inscripción dentro de los **60 días** después de que finalice su otra cobertura o la de sus dependientes (o después de que el empleador que patrocina esa cobertura deje de contribuir a la cobertura).

Si el evento que da lugar a su derecho especial de inscripción es una pérdida de cobertura de acuerdo a Medicaid o al CHIP, puede solicitar la inscripción en este plan dentro de **60 días** después de la fecha en la que usted o sus dependientes pierden dicha cobertura de acuerdo a Medicaid o al CHIP. Del mismo modo, si usted o su(s) dependiente(s) se vuelven elegibles para un subsidio de primas otorgado por el estado a este plan, puede solicitar la inscripción en este plan dentro de los **60 días** después de la fecha en la que Medicaid o el CHIP determinen que usted o el(los) dependiente(s) califican para el subsidio.

Además, si tiene un nuevo dependiente producto de un matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción es posible que pueda inscribirse usted y sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los **60 días** después del matrimonio, del nacimiento, de la adopción o de la colocación para adopción.

Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, comuníquese con:

Michelle Rubeshaw
HR Director
714-241-5600

**** Este aviso es pertinente para coberturas de atención médica sujetas a las normas de transferencia de la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA).***

AVISO GENERAL DE LA COBRA

Modelo de aviso general de los derechos de la cobertura de continuación de COBRA (para que usen los planes de salud grupales de un solo empleador)

****Derechos de la cobertura de continuación conforme a la ley COBRA****

Introducción

Le enviamos este aviso porque recientemente obtuvo la cobertura de un plan de salud grupal (el Plan). Este aviso contiene información importante acerca de su derecho a recibir la cobertura de continuación de COBRA, que es una extensión temporal de la cobertura del Plan. **Este aviso explica la cobertura de continuación de COBRA, el momento en el que usted y su familia pueden recibirla, y lo que usted puede hacer para proteger su derecho a obtenerla.** Al ser elegible para la cobertura de COBRA, también puede ser elegible para otras opciones que pueden costarle menos que la cobertura de continuación de COBRA.

El derecho a recibir la cobertura de continuación de COBRA se originó gracias a una ley federal, la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, por sus siglas en inglés) de 1985. Usted y otros familiares suyos pueden disponer de la cobertura de continuación de COBRA cuando se termine la cobertura de salud grupal. Para obtener más información acerca de sus derechos y obligaciones conforme al Plan y a la ley federal, debe revisar el resumen de la descripción del Plan o comunicarse con el administrador del Plan.

Al perder la cobertura de salud grupal, puede haber otras opciones disponibles. Por ejemplo, puede ser elegible para comprar un plan individual a través del mercado de seguros médicos. Al inscribirse en la cobertura a través del mercado de seguros médicos, puede cumplir con los requisitos para tener menores costos en las primas mensuales y gastos propios más bajos. Asimismo, puede tener derecho a un período de inscripción especial de 30 días en otro plan de salud grupal para el cual sea elegible (como un plan del cónyuge), aunque ese plan generalmente no acepte afiliados de último momento.

¿Qué es la cobertura de continuación de COBRA?

La cobertura de continuación de COBRA es la continuación de la cobertura del Plan cuando esta debería terminar debido a un evento determinado de la vida. Este acontecimiento también se conoce como “evento específico”. Los eventos específicos se incluyen más abajo en este aviso. Después de un evento específico, la cobertura de continuación de COBRA debe ofrecerse a cada persona considerada un “beneficiario que cumple con los requisitos”. Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios que cumplan con los requisitos si la cobertura del Plan se pierde debido al evento específico. Según el Plan, los beneficiarios que cumplan con los requisitos y que elijan la cobertura de continuación de deben pagar la cobertura de continuación de COBRA.

Si usted es un empleado, se convertirá en un beneficiario que cumple con los requisitos si pierde la cobertura del Plan debido a estos eventos específicos:

- sus horas de empleo se reducen; o
- su empleo termina por un motivo que no sea una falta grave de su parte.

Si usted es el cónyuge del empleado, se convertirá en un beneficiario que cumple con los requisitos si pierde la cobertura del Plan debido a estos eventos específicos:

- su cónyuge muere;
- las horas de empleo de su cónyuge se reducen;
- el empleo de su cónyuge termina por un motivo que no sea una falta grave por parte de su cónyuge;
- su cónyuge adquiere el derecho a recibir los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas); o
- se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge.

Sus hijos dependientes se convertirán en beneficiarios que cumplen con los requisitos si pierden la cobertura del Plan debido a estos eventos específicos:

- el empleado cubierto muere;
- las horas de empleo del empleado cubierto se reducen;
- el empleo del empleado cubierto termina por un motivo que no sea una falta grave por parte del empleado cubierto;

- el empleado cubierto adquiere el derecho a recibir los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas);
- los padres se divorcian o se separan legalmente; o el hijo deja de ser elegible para la cobertura del Plan como “hijo dependiente”.

¿Cuándo está disponible la cobertura de continuación de COBRA?

El Plan ofrecerá la cobertura de continuación de COBRA a los beneficiarios que cumplan con los requisitos solamente después de que se le informe al administrador del Plan que ha ocurrido un evento específico. El empleador debe notificar los siguientes eventos habilitantes al administrador del Plan:

- la terminación del empleo o la reducción de las horas de empleo;
- la muerte del empleado;
- el hecho de que el empleado adquiriera el derecho a recibir los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas).

Para todos los otros eventos específicos (divorcio o separación legal del empleado y el cónyuge, o hijo dependiente que pierde la elegibilidad para la cobertura como hijo dependiente), debe avisarle al administrador del Plan en los 60 días posteriores a que se produzca el evento habilitante. Debe proporcionarle este aviso a: administrador del Plan). Informe al administrador del plan si tiene preguntas sobre elegir la cobertura de continuación de COBRA.

¿Cómo se proporciona la cobertura de continuación de COBRA?

Después de que el administrador del Plan recibe el aviso de que se ha producido un evento específico, la cobertura de continuación de COBRA se ofrecerá a cada uno de los beneficiarios que cumplan con los requisitos. Cada beneficiario que cumpla con los requisitos tendrá su propio derecho a elegir la cobertura de continuación de COBRA. Los empleados cubiertos pueden elegir la cobertura de continuación de COBRA en nombre de su cónyuge y los padres pueden elegir la cobertura de continuación de COBRA en nombre de sus hijos. La cobertura de continuación de COBRA es la continuación temporal de la cobertura debido a la terminación del empleo o a la reducción de las horas de trabajo, y en general dura 18 meses. Determinados eventos específicos, o un segundo evento específico durante el período inicial de cobertura, pueden permitir que el beneficiario reciba un máximo de 36 meses de cobertura.

También hay otros motivos por los cuales este período de 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA puede prolongarse:

Extensión por discapacidad del período de 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA

Si el Seguro Social determina que usted o alguien de su familia que esté cubierto por el Plan tiene una discapacidad y usted le avisa al respecto al administrador del Plan en el plazo correspondiente, usted y toda su familia pueden recibir una extensión adicional de hasta 11 meses de cobertura de continuación de COBRA, por un máximo de 29 meses. La discapacidad debe haber comenzado en algún momento antes de los 60 días de la cobertura de continuación de COBRA y debe durar al menos hasta el final del período de 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA. *(Agregue la descripción de cualquier procedimiento adicional del Plan para este aviso, incluida la descripción de toda documentación o información obligatoria, el nombre de la persona a quien enviarle este aviso y el período válido para enviar el aviso).*

Extensión por un segundo evento específico del período de 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA

Si su familia sufre otro evento específico durante los 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA, su cónyuge y sus hijos dependientes pueden recibir hasta 18 meses adicionales de cobertura de continuación de COBRA, por un máximo de 36 meses, si se le avisa al Plan como corresponde acerca del segundo evento específico. Esta extensión puede estar disponible para el cónyuge y cualquier hijo dependiente que reciba la cobertura de continuación de COBRA en el caso de que el empleado o ex empleado muera, adquiriera el derecho a recibir los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas), se divorcie o se separe legalmente, o si el hijo dependiente deja de ser elegible en el Plan como hijo dependiente. Esta extensión solo está disponible en el caso de que el segundo evento específico hubiese hecho que el cónyuge o el hijo dependiente pierda la cobertura del Plan si no se hubiese producido el primer evento específico.

¿Hay otras opciones de cobertura además de la cobertura de continuación de COBRA?

Sí. En lugar de inscribirse en la cobertura de continuación de COBRA, puede haber otras opciones de cobertura para usted y su familia a través del mercado de seguros médicos, Medicaid u otras opciones de un plan de salud grupal (por ejemplo, el plan de su cónyuge) mediante lo que se denomina un “período de inscripción especial”. Es posible que algunas de estas opciones cuesten menos que la cobertura de continuación de COBRA. Puede encontrar más información sobre muchas de estas opciones en www.healthcare.gov.

¿Puedo inscribirme en Medicare, en caso de ser elegible, después de que finalice la cobertura de mi plan de salud colectivo?

En general, después del período de inscripción inicial, hay un período de inscripción especial de 8 meses^[1] para inscribirse en Medicare Parte A o B, que comienza cuando ocurre lo primero de lo siguiente:

- El mes posterior a la finalización del empleo.
- El mes posterior a la finalización de la cobertura del plan de salud colectivo basada en el empleo actual.

Si elige la Ley Omnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) y desea inscribirse en Medicare Parte B después de que finalice su cobertura de continuación, es posible que tenga que pagar una penalidad por inscripción tardía. Si se inscribe inicialmente en Medicare Parte A o B después de elegir la cobertura de continuación COBRA, el plan puede terminar su cobertura de continuación (sin embargo, si Medicare Parte A o B entra en vigencia en la fecha de la elección de COBRA o antes de esta fecha, la cobertura de COBRA no se puede discontinuar debido al derecho a Medicare, incluso si la persona se inscribe en la otra parte de Medicare después de la fecha de la elección de la cobertura de COBRA).

Si está inscrito tanto en COBRA como en Medicare, Medicare será generalmente el pagador principal. Es posible que algunos planes “disminuyan” el monto que Medicare pagaría en caso de ser el pagador principal, incluso si usted no está inscrito.

Para obtener más información, visite www.medicare.gov/medicare-and-you

Si tiene preguntas

Las preguntas acerca de su Plan o de sus derechos a recibir la cobertura de continuación de COBRA deben enviarse al contacto o los contactos identificados abajo. Para obtener más información sobre sus derechos según la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA, por sus siglas en inglés), incluida la ley COBRA, la Ley de Atención Médica (de bajo costo) y la Protección al Paciente, y otras leyes que afectan a los planes de salud grupales, comuníquese con la oficina regional o de distrito más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (EBSA, por sus siglas en inglés) del Departamento de Trabajo de Estados Unidos en su área, o visite www.dol.gov/ebsa. (Las direcciones y los números de teléfono de las oficinas regionales y de distrito de EBSA están disponibles en el sitio web de EBSA). Para obtener más información acerca del mercado de seguros médicos, visite www.HealthCare.gov.

Informe a su plan si cambia de dirección

Para proteger los derechos de su familia, informe al administrador del Plan sobre cualquier cambio en las direcciones de sus familiares. También debe conservar una copia, para su registro, de todos los avisos que le envíe al administrador del Plan.

Información de contacto del Plan

(Ingrese el nombre del Plan y el nombre (o el puesto), la dirección y el número de teléfono de la persona o las personas a las que se les puede solicitar información sobre el Plan y la cobertura de continuación de COBRA).

Michelle Rubeshaw

HR Director

714-241-5600

^[1]www.medicare.gov/sign-up-change-plans/how-do-i-get-parts-a-b/part-a-part-b-sign-up-period.

AVISO DEL DERECHO A DESIGNAR UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA Y DE LA NO OBLIGACIÓN DE UNA AUTORIZACIÓN PREVIA PARA ATENCIÓN DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

[For plans and issuers that require or allow for the designation of primary care providers by participants or beneficiaries, insert / Para planes y emisores que exijan o permitan la designación de proveedores de cuidados primarios por participantes o beneficiarios, insertar:]

Por lo general, el Plan de Atención Médica del Empleado de Life Generations Healthcare allows la designación de un Proveedor de Atención Primaria. Tiene derecho a designar cualquier Proveedor de Atención Primaria que participe en nuestra red y que esté disponible para aceptarlo a usted o a los miembros de su familia. Para obtener información sobre cómo seleccionar un Proveedor de Atención Primaria y una lista de proveedores de atención primaria participantes, comuníquese con plan administrator at 714-241-5600

Michelle Rubeshaw
HR Director
714-241-5600

[For plans and issuers that require or allow for the designation of a primary care provider for a child, add / Para planes y emisores que exijan o permitan la designación de un proveedor de cuidados primarios para un menor, añada:]

Para los niños, puede designar un pediatra como Proveedor de Atención Primaria.

[For plans and issuers that provide coverage for obstetric or gynecological care and require the designation by a participant or beneficiary of a primary care provider, add / Para planes y emisores que provean cobertura para atención obstétrica o ginecológica y exijan que el participante o el beneficiario designe un proveedor de cuidados primarios, añada:]

No necesita autorización previa del Plan de Atención Primaria del Empleado de Life Generations Healthcare de cualquier otra persona (incluye un Proveedor de Atención Primaria) con el fin de obtener acceso a atención obstétrica o ginecológica de parte de un profesional de atención médica de nuestra red que se especializa en obstetricia o ginecología. Sin embargo, es posible que se le exija al profesional de atención médica que cumpla con ciertos procedimientos, como obtención de autorización previa para ciertos servicios, cumplimiento de un plan de tratamiento aprobado previamente o procedimientos para hacer remisiones. Para obtener una lista de profesionales de atención médica participantes que se especializan en obstetricia o ginecología, comuníquese con el Plan de Atención Médica del Empleado de Life Generations Healthcare al:

Michelle Rubeshaw
HR Director
714-241-5600

AVISO SOBRE DERECHOS DE SALUD Y CÁNCER DE LAS MUJERES

La ley exige que el Plan de Atención Médica del Empleado de Life Generations Healthcare le proporcione el siguiente aviso:

La Ley de Derechos de Salud y Cáncer de las Mujeres (Ley de Salud de la Mujer y Derechos del Cáncer, WHCRA) brinda ciertas protecciones para personas que reciben beneficios relacionados con la mastectomía. La cobertura se proporcionará de una manera determinada en consulta con el médico tratante y el paciente para:

- Todas las etapas de reconstrucción del seno en el que se realizó la mastectomía.
- Cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica.
- Prótesis.
- Y tratamiento de complicaciones físicas de la mastectomía, incluidos linfedemas.

El Plan de Atención Médica del Empleado de Life Generations Healthcare brinda cobertura médica para mastectomías y procedimientos relacionados enumerados anteriormente, sujetos a los mismos deducibles y coaseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos provistos en este plan. Por lo tanto, los siguientes deducibles y coaseguros aplican:

Anthem PPO	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible individual	\$1,000	\$2,000
Deducible familiar	\$2,000	\$4,000
Coaseguro	20%	50%

Anthem EPO	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible individual	\$1,500	\$0
Deducible familiar	\$3,000	\$0
Coaseguro	30%	0%

Anthem HSA HDHP	Dentro de la red	Fuera de la red
Individual Deductible	\$3,300	\$6,000
Family Deductible	\$6,000	\$12,000
Coinsurance	20%	50%
Kaiser Low HRA	Dentro de la red	Fuera de la red
Individual Deductible	\$4,000	Not Covered
Family Deductible	\$8,000	Not Covered
Coinsurance	30%	Not Covered
Kaiser Mid HRA	Dentro de la red	Fuera de la red
Individual Deductible	\$3,000	Not Covered
Family Deductible	\$6,000	Not Covered
Coinsurance	30%	Not Covered
Kaiser High HMO	Dentro de la red	Fuera de la red
Individual Deductible	\$0	Not Covered
Family Deductible	\$0	Not Covered
Coinsurance	0%	Not Covered
Kaiser Traditional HMO	Dentro de la red	Fuera de la red
Individual Deductible	\$0	Not Covered
Family Deductible	\$0	Not Covered
Coinsurance	0%	Not Covered
MediExcel	Dentro de la red	Fuera de la red
Individual Deductible	\$0	Not Covered
Family Deductible	\$0	Not Covered
Coinsurance	0%	Not Covered

Si desea obtener más información sobre los beneficios de la WHCRA, consulte su Summary Plan Description o comuníquese con su Administrador del Plan al:

Michelle Rubeshaw

HR Director
714-241-5600