

# M Construction Group, LLC

## HEALTH PLAN NOTICES

### TABLE OF CONTENTS

1. Medicare Part D Creditable Coverage Notice
2. Medicare Part D Non-Creditable Coverage Notice
3. HIPAA Comprehensive Notice of Privacy Policy and Procedures
4. General COBRA Notice
5. Women's Health and Cancer Rights Notice
6. Michelle's Law Notice
  - This notice is still required when a health plan permits dependent eligibility beyond age 26, but conditions such as eligibility on student status. Further, the notice is still necessary if the plan permits coverage for non-child dependents (e.g., grandchildren) that is contingent on student status. The notice must go out whenever certification of student status is requested.

### 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 M Construction Group, LLC About Your Prescription Drug Coverage and Medicare."**

## **IMPORTANT NOTICE FROM M CONSTRUCTION GROUP, LLC ABOUT YOUR CREDITABLE PART D, 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 M Construction Group, LLC 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. M Construction Group, LLC has determined that the prescription drug coverage offered by the M Construction Group, LLC 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 M Construction Group, LLC 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 M Construction Group, LLC Plan due to your employment (or someone else’s employment, such as a spouse or parent), your coverage under the M Construction Group, LLC 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 M Construction Group, LLC 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 513 439-9715. **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 M Construction Group, LLC 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](http://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](http://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: February 18, 2025  
Name of Entity/Sender: Kevin McKean  
Contact—Position/Office: President  
Address: 5721 Willnean Drive  
Milford, OH 45150  
Phone Number: 513 439-9715

**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.**

## **IMPORTANT NOTICE FROM M CONSTRUCTION GROUP, LLC ABOUT YOUR NON-CREDITABLE, PART D, 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 M Construction Group, LLC 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. M Construction Group, LLC has determined that the prescription drug coverage offered by the M Construction Group, LLC Employee Health Care Plan ("Plan") is, on average for all plan participants, **NOT** expected to pay out as much as standard Medicare prescription drug coverage pays, and is considered "non-creditable" coverage. This is important, because most likely, you will get more help with your drug costs if you join a Medicare drug plan than if you only have prescription drug coverage from the Plan. It's also important because if you delay your enrollment in a Medicare drug plan you may have to pay a late enrollment penalty later, when you *do* enroll in a Medicare drug plan. See the discussion below about late enrollment penalties that might apply when you move from "non-creditable" coverage to a Medicare drug plan after your first opportunity to do so.
3. You have decisions to make about Medicare prescription drug coverage that may affect how much you pay for that coverage, depending on if and when you join. Read this notice carefully—it explains your options.

---

Consider joining a Medicare drug plan. You can keep your coverage from M Construction Group, LLC. You can keep the coverage regardless of whether it is "creditable" or "non-creditable," that is, regardless of whether it is as good as a Medicare drug plan. However, because your existing coverage is "non-creditable" coverage, meaning that on average it's **NOT** at least as good as standard Medicare prescription drug coverage, you may pay a higher premium (a penalty) if you later decide to join a Medicare drug plan.

### **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 7-month initial enrollment period. That period begins three months prior to your 65 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 a Medicare drug plan after first becoming eligible to enroll, you may have to pay a higher premium when you later enroll in a Medicare drug plan.

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% of the premium you would have paid had you enrolled timely, for every month that you did not have creditable coverage after your initial enrollment period.

For example, if you do not enroll in a Medicare drug plan during your Medicare Part D initial enrollment period, and you then go 19 months without "creditable" prescription drug coverage before enrolling in a Medicare drug plan, your Medicare drug plan premium may be at least 19 percent 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.

***Please note again that M Construction Group, LLC has determined the prescription drug coverage you currently have through its plan is NOT "creditable" coverage. This means that if you do not enroll in a Medicare drug plan during your initial enrollment period, and don't have or acquire "creditable" prescription drug coverage during the ensuing 63 days, you will pay a late enrollment penalty when you ultimately enroll in a Medicare drug plan.***

### ***Special Enrollment Periods and Exceptions to the Late Enrollment Penalty***

There are "special enrollment periods" that allow you to enroll in a Medicare drug plan months or even years after you first became eligible to do so. Whether you will be required to pay a late enrollment penalty when you enroll in a Medicare drug plan during a special enrollment period depends on whether you are moving to a Medicare drug plan from creditable or non-creditable prescription drug coverage.

If after your Medicare Part D initial enrollment period you lose or decide to leave employer-sponsored or union-sponsored prescription drug coverage, you will be eligible to enroll in a Medicare drug plan during a 2-month special enrollment period. If your employer- or union-sponsored prescription drug coverage was "creditable" coverage, your enrollment in a Medicare drug plan will be *without penalty* (assuming you did not have a 63-consecutive-day or longer break in "creditable" coverage after your Medicare Part D initial enrollment period). On the other hand, if the coverage was "non-creditable" your enrollment in the Medicare drug plan will be subject to a late enrollment penalty unless you had non-creditable coverage for fewer than 63 consecutive days after your Medicare Part D initial enrollment period.

In addition, if through no fault of your own you otherwise lose creditable prescription drug coverage (e.g., your employer- or union-sponsored plan's coverage changes from creditable to non-creditable, or you lose creditable prescription drug coverage under an individual policy), you will be able to join a Medicare drug plan without penalty. This special enrollment period ends two months after the month in which your other coverage ends.

***Please note again that M Construction Group, LLC has determined the prescription drug coverage you currently have through its plan is NOT "creditable" coverage. This means when you lose or decide to leave coverage under the M Construction Group, LLC health plan after your initial Medicare Part D enrollment period you will pay a late enrollment penalty when you ultimately enroll in a Medicare drug plan.***

### **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 M Construction Group, LLC Plan’s summary plan description for a summary of its prescription drug coverage. If you don’t have a copy of the summary plan description, 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 M Construction Group, LLC Plan due to your employment (or someone else’s employment, such as a spouse or parent) your coverage under the M Construction Group, LLC 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 M Construction Group, LLC 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 re-enroll or add coverage.

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

Contact the person listed below for further information, or call 513 439-9715. **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 M Construction Group, LLC 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](http://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](http://www.socialsecurity.gov), or call them at 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Date:	February 18, 2025
Name of Entity/Sender:	Kevin McKean
Contact—Position/Office:	President
Address:	5721 Willnean Drive Milford, OH 45150
Phone Number:	513 439-9715

**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.**

**M CONSTRUCTION GROUP, LLC**  
**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:

**Tres Health Group Medical Plan \***

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

**The Plan's Duty to Safeguard Your Protected Health Information**

Individually identifiable information about your past, present, or future health or condition, the provision of health care to you, or payment for the health care is considered "Protected Health Information" ("PHI"). The Plan is required to extend certain protections to your PHI, and to give you this notice about its privacy practices that explains how, when, and why the Plan may use or disclose your PHI. Except in specified circumstances, the Plan may use or disclose only the minimum necessary PHI to accomplish the purpose of the use or disclosure.

The Plan is required to follow the privacy practices described in this notice, though it reserves the right to change those practices and the terms of this notice at any time. If it does so, and the change is material, you will receive a revised version of this Notice either by hand delivery, mail delivery to your last known address, or some other fashion. This notice, and any material revisions of it, will also be provided to you in writing upon your request (ask your Human Resources representative, or contact the Plan's Privacy Official, described below), and will be posted on any website maintained by M Construction Group, LLC that describes benefits available to employees and dependents.

You may also receive one or more other privacy notices from insurance companies that provide benefits under the Plan. Those notices will describe how the insurance companies use and disclose PHI and your rights with respect to the PHI they maintain.

**How the Plan May Use and Disclose Your Protected Health Information**

The Plan uses and discloses PHI for a variety of reasons. For its routine uses and disclosures it does not require your authorization, but for other uses and disclosures, your authorization (or the authorization of your personal representative (e.g., a person who is your custodian, guardian, or has your power-of-attorney) may be required. The following offers more description and examples of the Plan's uses and disclosures of your PHI.

- **Uses and Disclosures Relating to Treatment, Payment, or Health Care Operations.**
  - **Treatment:** Generally, and as you would expect, the Plan is permitted to disclose your PHI for purposes of your medical treatment. Thus, it may disclose your PHI to doctors, nurses, hospitals, emergency medical technicians, pharmacists, and other health care professionals where the disclosure is for your medical treatment. For example, if you are injured in an accident, and it's important for your treatment team to know your blood type, the Plan could disclose that PHI to the team in order to allow it to more effectively provide treatment to you.
  - **Payment:** Of course, the Plan's most important function, as far as you are concerned, is that it *pays for* all or some of the medical care you receive (provided the care is covered by the Plan). In the course of its payment operations, the Plan receives a substantial amount of PHI about you. For example, doctors, hospitals, and pharmacies that provide you care send the Plan detailed information about the care they provided, so that they can be paid for their services. The Plan may also share your PHI with other plans in certain cases. For example, if you are covered by more than one health care plan (e.g., covered by this Plan and your spouse's plan or covered by the plans covering your father and mother), we may share your PHI with the other plans to coordinate payment of your claims.
  - **Health care Operations:** The Plan may use and disclose your PHI in the course of its "health care operations." For example, it may use your PHI in evaluating the quality of services you received or

disclose your PHI to an accountant or attorney for audit purposes. In some cases, the Plan may disclose your PHI to insurance companies for purposes of obtaining various insurance coverages. However, the Plan will not disclose, for underwriting purposes, PHI that is genetic information.

- **Other Uses and Disclosures of Your PHI Not Requiring Authorization.** The law provides that the Plan may use and disclose your PHI without authorization in the following circumstances:
  - **To the Plan Sponsor:** The Plan may disclose PHI to the employers (such as M Construction Group, LLC) who sponsor or maintain the Plan for the benefit of employees and dependents. However, the PHI may only be used for limited purposes, and may not be used for purposes of employment-related actions or decisions or in connection with any other benefit or employee benefit plan of the employers. PHI may be disclosed to: the human resources or employee benefits department for purposes of enrollments and disenrollments, census, claim resolutions, and other matters related to Plan administration; payroll department for purposes of ensuring appropriate payroll deductions and other payments by covered persons for their coverage; information technology department, as needed for preparation of data compilations and reports related to Plan administration; finance department for purposes of reconciling appropriate payments of premium to and benefits from the Plan, and other matters related to Plan administration; internal legal counsel to assist with resolution of claim, coverage, and other disputes related to the Plan's provision of benefits.
  - **To the Plan's Service Providers:** The Plan may disclose PHI to its service providers ("business associates") who perform claim payment and plan management services. The Plan requires a written contract that obligates the business associate to safeguard and limit the use of PHI.
  - **Required by Law:** The Plan may disclose PHI when a law requires that it report information about suspected abuse, neglect, or domestic violence, or relating to suspected criminal activity, or in response to a court order. It must also disclose PHI to authorities that monitor compliance with these privacy requirements.
  - **For Public Health Activities:** The Plan may disclose PHI when required to collect information about disease or injury, or to report vital statistics to the public health authority.
  - **For Health Oversight Activities:** The Plan may disclose PHI to agencies or departments responsible for monitoring the health care system for such purposes as reporting or investigation of unusual incidents.
  - **Relating to Decedents:** The Plan may disclose PHI relating to an individual's death to coroners, medical examiners, or funeral directors, and to organ procurement organizations relating to organ, eye, or tissue donations or transplants.
  - **For Research Purposes:** In certain circumstances, and under strict supervision of a privacy board, the Plan may disclose PHI to assist medical and psychiatric research.
  - **To Avert Threat to Health or Safety:** In order to avoid a serious threat to health or safety, the Plan may disclose PHI as necessary to law enforcement or other persons who can reasonably prevent or lessen the threat of harm.
  - **For Specific Government Functions:** The Plan may disclose PHI of military personnel and veterans in certain situations, to correctional facilities in certain situations, to government programs relating to eligibility and enrollment, and for national security reasons.
- **Uses and Disclosures Requiring Authorization:** For uses and disclosures beyond treatment, payment, and operations purposes, and for reasons not included in one of the exceptions described above, the Plan is required to have your written authorization. For example, uses and disclosures of psychotherapy notes, uses and disclosures of PHI for marketing purposes, and disclosures that constitute a sale of PHI would require your authorization. Your authorization can be revoked at any time to stop future uses and disclosures, except to the extent that the Plan has already undertaken an action in reliance upon your authorization.
- **Uses and Disclosures Requiring You to Have an Opportunity to Object:** The Plan may share PHI with your family, friend, or other person involved in your care, or payment for your care. We may also share PHI with these people to notify them about your location, general condition, or death. However, the Plan may disclose your PHI only if it informs you about the disclosure in advance and you do not object (but if there is an emergency situation and you cannot be given your opportunity to object, disclosure may be made if it is consistent with any prior expressed wishes and disclosure is determined to be in your best interests; you must be informed and given an opportunity to object to further disclosure as soon as you are able to do so).

### **Your Rights Regarding Your Protected Health Information**

You have the following rights relating to your protected health information:

- **To Request Restrictions on Uses and Disclosures:** You have the right to ask that the Plan limit how it uses or discloses your PHI. The Plan will consider your request, but is not legally bound to agree to the restriction.

To the extent that it agrees to any restrictions on its use or disclosure of your PHI, it will put the agreement in writing and abide by it except in emergency situations. The Plan cannot agree to limit uses or disclosures that are required by law.

- **To Choose How the Plan Contacts You:** You have the right to ask that the Plan send you information at an alternative address or by an alternative means. To request confidential communications, you must make your request in writing to the Privacy Official. We will not ask you the reason for your request. Your request must specify how or where you wish to be contacted. The Plan must agree to your request as long as it is reasonably easy for it to accommodate the request.
- **To Inspect and Copy Your PHI:** Unless your access is restricted for clear and documented treatment reasons, you have a right to see your PHI in the possession of the Plan or its vendors if you put your request in writing. The Plan, or someone on behalf of the Plan, will respond to your request, normally within 30 days. If your request is denied, you will receive written reasons for the denial and an explanation of any right to have the denial reviewed. If you want copies of your PHI, a charge for copying may be imposed but may be waived, depending on your circumstances. You have a right to choose what portions of your information you want copied and to receive, upon request, prior information on the cost of copying.
- **To Request Amendment of Your PHI:** If you believe that there is a mistake or missing information in a record of your PHI held by the Plan or one of its vendors you may request in writing that the record be corrected or supplemented. The Plan or someone on its behalf will respond, normally within 60 days of receiving your request. The Plan may deny the request if it is determined that the PHI is: (i) correct and complete; (ii) not created by the Plan or its vendor and/or not part of the Plan's or vendor's records; or (iii) not permitted to be disclosed. Any denial will state the reasons for denial and explain your rights to have the request and denial, along with any statement in response that you provide, appended to your PHI. If the request for amendment is approved, the Plan or vendor, as the case may be, will change the PHI and so inform you, and tell others that need to know about the change in the PHI.
- **To Find Out What Disclosures Have Been Made:** You have a right to get a list of when, to whom, for what purpose, and what portion of your PHI has been released by the Plan and its vendors, other than instances of disclosure for which you gave authorization, or instances where the disclosure was made to you or your family. In addition, the disclosure list will not include disclosures for treatment, payment, or health care operations. The list also will not include any disclosures made for national security purposes, to law enforcement officials or correctional facilities, or before the date the federal privacy rules applied to the Plan. You will normally receive a response to your written request for such a list within 60 days after you make the request in writing. Your request can relate to disclosures going as far back as six years. There will be no charge for up to one such list each year. There may be a charge for more frequent requests.

### **How to Complain About the Plan's Privacy Practices**

If you think the Plan or one of its vendors may have violated your privacy rights, or if you disagree with a decision made by the Plan or a vendor about access to your PHI, you may file a complaint with the person listed in the section immediately below. You also may file a written complaint with the Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services. The law does not permit anyone to take retaliatory action against you if you make such complaints.

### **Notification of a Privacy Breach**

Any individual whose unsecured PHI has been, or is reasonably believed to have been used, accessed, acquired or disclosed in an unauthorized manner will receive written notification from the Plan within 60 days of the discovery of the breach.

If the breach involves 500 or more residents of a state, the Plan will notify prominent media outlets in the state. The Plan will maintain a log of security breaches and will report this information to HHS on an annual basis. Immediate reporting from the Plan to HHS is required if a security breach involves 500 or more people.

### **Contact Person for Information, or to Submit a Complaint**

If you have questions about this notice please contact the Plan's Privacy Official or Deputy Privacy Official(s) (see below). If you have any complaints about the Plan's privacy practices, handling of your PHI, *or breach notification process*, please contact the Privacy Official or an authorized Deputy Privacy Official.

**Privacy Official**

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

Kevin McKean  
President  
513 439-9715

The Plan's Deputy Privacy Official(s) is/are:

Kevin McKean  
President  
513 439-9715Me

**Effective Date**

The effective date of this notice is: February 18, 2025.

# 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](http://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 period<sup>1</sup> 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

---

<sup>1</sup> <https://www.medicare.gov/sign-up-change-plans/how-do-i-get-parts-a-b/part-a-part-b-sign-up-periods>.

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](http://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](http://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:

Kevin McKean  
President  
5721 Willnean Drive  
Milford, OH 45150  
513 439-9715

## **WOMEN'S HEALTH AND CANCER RIGHTS NOTICE**

M Construction Group, LLC Employee Health Care Plan is required by law to provide you with the following notice:

The M Construction Group, LLC Employee Health Care Plan provide(s) medical coverage subject to the same deductibles and coinsurance applicable to other medical and surgical benefits provided under this plan. Therefore, the following deductibles and copayments apply:

Choice \$2500 RBP	In-Network
Individual Deductible	\$2,500
Family Deductible	\$5,000
Primary Care Office Visit/ Specialist Office Visit Copays	\$25/ \$50 Copay

If you would like more information on WHCRA benefits, please contact your Plan Administrator at:

Kevin McKean  
President  
513 439-9715

## MICHELLE'S LAW NOTICE

Michelle's Law is a federal law that requires certain group health plans to continue eligibility for adult dependent children who are students attending a post-secondary school, where the children would otherwise cease to be considered eligible students due to a medically necessary leave of absence from school. In such a case, the plan must continue to treat the child as eligible up to the earlier of:

- The date that is one year following the date the medically necessary leave of absence began; or
- The date coverage would otherwise terminate under the plan.

For the protections of Michelle's Law to apply, the child must:

- Be a dependent child, under the terms of the plan, of a participant or beneficiary; and
- Have been enrolled in the plan, and as a student at a post-secondary educational institution, immediately preceding the first day of the medically necessary leave of absence.

"Medically necessary leave of absence" means any change in enrollment at the post-secondary school that begins while the child is suffering from a serious illness or injury, is medically necessary, and causes the child to lose student status for purposes of coverage under the plan.

If you believe your child is eligible for this continued eligibility, you must provide to the plan a written certification by his or her treating physician that the child is suffering from a serious illness or injury and that the leave of absence is medically necessary.

If you have any questions regarding the information contained in this notice or your child's right to Michelle's Law's continued coverage, you should contact Kevin McKean, President, 513 439-9715.

# M Construction Group, LLC

## HEALTH PLAN NOTICES

### TABLE OF CONTENTS

1. Aviso integral de la HIPAA sobre políticas y procedimientos de privacidad
2. Aviso general de la COBRA
3. Aviso de derechos de salud y cáncer de las mujeres
4. Aviso de la Ley de Michelle
  - Este aviso aún es necesario cuando un plan de salud permite elegibilidad de dependientes mayores de 26 años de edad, pero condiciona dicha elegibilidad al estatus de estudiante. Además, el aviso sigue siendo necesario si el plan permite cobertura para dependientes que no son hijos (p. ej., nietos) supeditados al estatus de estudiante. El aviso se debe emitir cada vez que se solicite certificación de estatus de estudiante.

### 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 M Construction Group, LLC sobre su cobertura de medicamentos con prescripción y Medicare”.**

**M Construction Group, LLC**  
**MEDICARE PART D CREDITABLE COVERAGE NOTICE (En Español)**

## AVISO IMPORTANTE DE M CONSTRUCTION GROUP, LLC 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 M Construction Group, LLC 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. M Construction Group, LLC ha determinado que se prevé que la cobertura de medicamentos con prescripción ofrecida por el Plan de Salud del Empleado ("Plan") de M Construction Group, LLC 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 M Construction Group, LLC 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 M Construction Group, LLC 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 M Construction Group, LLC 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 M Construction Group, LLC, 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 513 439-9715. **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 M Construction Group, LLC 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](http://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](http://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:	February 5, 2025
Nombre de la entidad/del remitente:	Kevin McKean
Contacto — Cargo/oficina:	President
Dirección:	5721 Willnean Drive Milford, OH 45150
Número de teléfono:	513 439-9715

**M CONSTRUCTION GROUP, LLC**  
**MEDICARE PART D NON-CREDITABLE COVERAGE NOTICE**  
**(EN ESPANOL)**

**INSTRUCTIONS FOR ACCOUNT TEAMS AND PLAN SPONSOR**

This notice applies to both ERISA and non-ERISA plans that provide prescription drug coverage, and should be provided to each person enrolled in the plan or who is seeking enrollment in the plan, who is also “Medicare eligible,” which in this context means actually enrolled in or covered by Medicare Parts A or B. Because you may not be able to identify all these individuals, many sponsors simply issue this Notice to all covered employees, retirees, COBRA beneficiaries, etc.

This translated notice was prepared by the federal government.

Under federal rules, this Notice is supposed to be provided at a variety of times, but a sponsor is only required to give the notice *once* in any 12-month period, unless the creditable or non-creditable nature of the health plan’s prescription drug coverage changes during that 12-month period, or unless an individual requests the Notice again.

The attached Notice is a generalized Medicare Part D Notice. A *personalized* notice of creditable (or non-creditable) coverage must be supplied upon the request of an individual. Your Lockton Account Team can help you prepare a personalized notice, if one is requested.

Literally, the Notice should be supplied prior to each October 15 (the start of Medicare Part D’s annual enrollment period), but many sponsors include the Notice in an open enrollment packet, and rely upon the “once every 12 months” rule to avoid giving the Notice again, prior to each October 15.

This notice may be mailed or hand-delivered. **Posting the notice is *not* adequate.** Notice may be provided electronically to individuals who have adequate means to access electronic information, but they must first consent to receiving the Notice electronically. Your Lockton Account Service Team can supply you with additional information about electronic disclosure requirements.

If this notice were given separately, it would have to be hand-delivered or mailed to the participant’s home (however, mailing to the home is not adequate if the plan knows a person enrolled in Medicare Parts A or B resides elsewhere...in that case the plan should mail a separate notice to such individual). These same rules, then, apply to how this packet should be delivered.

Text highlighted in yellow indicates information that should be verified or inserted.

**WARNING:** The notice may be combined with other plan-related materials, including initial or open enrollment materials, but in order to do that, you **must** place a conspicuous warning on the cover of the packet, informing the recipient that the packet contains a Medicare Part D Notice.

## AVISO IMPORTANTE DE [[CLIENTNAME]] 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 M Construction Group, LLC 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 ninguno de sus dependientes cubiertos son elegibles ni tienen Medicare, este aviso no es aplicable para usted ni para sus dependientes, según sea el caso. Sin embargo, aún 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 avisos posteriores pueden reemplazar este aviso.

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 Receta de Medicare o en un Plan Medicare Advantage (una HMO o una 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. M Construction Group, LLC ha determinado que se prevé que la cobertura de medicamentos con prescripción ofrecida por el Plan de Salud del Empleado ("Plan") de M Construction Group, LLC **NO** pague, en promedio para todos los participantes del plan, tanto como paga la cobertura estándar de medicamentos con prescripción de Medicare, y se considera cobertura "no acreditable" de medicamentos con prescripción. Esto es importante, ya que lo más probable es que reciba más ayuda con los costos de sus medicamentos si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare que si solo tiene la cobertura de medicamentos con prescripción del Plan. También es importante porque si difiere su inscripción en un plan de medicamentos de Medicare, es posible que después deba pagar una penalización por inscripción tardía cuando se inscriba en un plan de medicamentos de Medicare. Consulte el análisis que se encuentra a continuación acerca de las penalizaciones por inscripción tardía que podrían aplicarse cuando pase de una cobertura "no acreditable" a un plan de medicamentos de Medicare después de su primera oportunidad de hacerlo.
3. Usted tiene que tomar decisiones sobre la cobertura de medicamentos con prescripción de Medicare que pueden afectar la cantidad que paga por esa cobertura, dependiendo de si se inscribe y cuándo lo hace. Lea este aviso con detenimiento, ya que explica sus opciones.

Considerar inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Puede mantener su cobertura de M Construction Group, LLC. Puede mantener la cobertura independientemente de si es "acreditable" o "no acreditable", es decir, independientemente de si es tan buena como la de un plan de medicamentos de Medicare. Sin embargo, debido a que su cobertura actual es una cobertura "no acreditable", lo que significa que, en promedio, NO es, al menos, tan buena como la cobertura estándar de medicamentos con prescripción de Medicare, puede pagar una prima más alta (una penalización) si posteriormente decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

### **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 7 meses. Ese período comienza tres meses antes de que cumpla 65 años de edad, incluido 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 figuran más adelante.

### ***Inscripción tardía y la 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 un plan de medicamentos de Medicare después de haber sido elegible para inscribirse, es posible que deba pagar una prima más alta cuando se inscriba posteriormente en un plan de medicamentos de Medicare.

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 después de su período inicial de inscripción.

Por ejemplo, si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare durante su período inicial de inscripción de la Parte D de Medicare, y luego usted pasa 19 meses sin una cobertura “acreditable” de medicamentos con prescripción antes de inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su prima del plan de medicamentos de Medicare puede ser, al menos, 19% más que la prima que de otra manera hubiera pagado. Es posible que tenga que pagar esta prima más alta durante el tiempo que tenga una cobertura de medicamentos con prescripción de Medicare.

***Tenga en cuenta una vez más que M Construction Group, LLC ha determinado que la cobertura de medicamentos con prescripción que actualmente tiene a través de su plan NO es una cobertura “acreditable”. Esto significa que si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare durante su período inicial de inscripción y no tiene ni adquiere una cobertura “acreditable” de medicamentos con prescripción durante los 63 días subsiguientes, pagará una penalización por inscripción tardía cuando finalmente se inscriba en un plan de medicamentos de Medicare.***

### ***Períodos especiales de inscripción y excepciones a la penalización por inscripción tardía***

Existen “períodos especiales de inscripción” que le permiten inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare meses o incluso años después de que sea elegible para hacerlo. Si se le exigirá que pague una penalización por inscripción tardía cuando se inscriba en un plan de medicamentos de Medicare durante un período especial de inscripción, depende de si se mudará a un plan de medicamentos de Medicare a partir de cobertura de medicamentos con prescripción acreditable o no acreditable.

Si después de su período inicial de inscripción de la Parte D de Medicare pierde o decide abandonar la cobertura de medicamentos con prescripción patrocinada por el empleador o por el sindicato, será elegible para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare durante un período especial de inscripción de 2-meses. Si su cobertura de medicamentos con prescripción patrocinada por su empleador o por su sindicato era una cobertura “acreditable”, su inscripción en un plan de medicamentos de Medicare será *sin penalización* (suponiendo que no haya tenido una interrupción de 63 días consecutivos o más en la cobertura “acreditable” después de su período inicial de inscripción de la Parte D de Medicare). Por otro lado, si la cobertura era “no acreditable”, su inscripción en el plan de medicamentos de Medicare estará sujeta a una penalización por inscripción tardía, a menos que tenga una cobertura no acreditable por menos de 63 días consecutivos después del período inicial de inscripción de la Parte D de Medicare.

Además, si por motivos ajenos a su voluntad de otro modo pierde la cobertura acreditable de medicamentos con prescripción (p. ej., la cobertura del plan patrocinado por su empleador o por su sindicato cambia de acreditable a no acreditable o pierde la cobertura acreditable de medicamentos con prescripción según una póliza individual), podrá inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare sin ninguna penalización. Este período especial de inscripción finaliza dos meses después del mes en el que finaliza su otra cobertura.

***Tenga en cuenta una vez más que M Construction Group, LLC ha determinado que la cobertura de medicamentos con prescripción que actualmente tiene a través de su plan NO es una cobertura “acreditable”. Esto significa que cuando pierda o decida abandonar la cobertura amparada por el plan de salud de M Construction Group, LLC después de su período inicial de inscripción de la Parte D de Medicare, pagará una penalización por inscripción tardía cuando finalmente se inscriba en un plan de medicamentos de Medicare.***

### **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 M Construction Group, LLC para obtener una síntesis de la cobertura de medicamentos con prescripción del plan. Si no tiene una copia del resumen del plan, puede obtener una comunicándose con nosotros al número de teléfono o a la dirección que se detalla 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 M Construction Group, LLC 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 M Construction Group, LLC 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 M Construction Group, LLC, tenga en cuenta que es posible que usted y sus dependientes no recuperen 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 volver a inscribirse o 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 513 439-9715. **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 M Construction Group, LLC 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 y usted”. Obtendrá una copia del manual por correo cada año de parte de Medicare. También es posible que se comuniquen directamente con usted los planes de medicamentos de Medicare.

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

- Visite [www.medicare.gov](http://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](http://www.socialsecurity.gov) o llame al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

Fecha: February 5, 2025  
Nombre de la entidad/del remitente: Kevin McKean  
Contacto — Cargo/oficina: President  
Dirección: 5721 Willnean Drive  
Milford, OH 45150  
Número de Teléfono: 513 439-9715

**Nada en este aviso le otorga a usted o a sus dependientes el derecho a cobertura amparada por el Plan. Su derecho (o el de sus dependientes) a cobertura amparada por el Plan se determina únicamente de acuerdo a los términos del Plan.**

**AVISO INTEGRAL DE LA HIPAA SOBRE POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS  
DE PRIVACIDAD**

**INSTRUCTIONS FOR ACCOUNT TEAMS AND PLAN SPONSOR**

This HIPAA Privacy Notice applies to both ERISA and non-ERISA health plans subject to the HIPAA privacy rules (e.g., self-insured plans, and insured plans that have gone “hands on” enrollees’ “protected health information.” A plan’s HIPAA Privacy Notice requires some customization, so be careful to use this model merely as a guide.

A plan should supply its HIPAA privacy notice, if required, to individuals upon their enrollment, and upon request. This notice must be re-issued within 60 days after a material change to its contents. Every three years a plan is required to provide a *reminder* to enrollees, that a copy of the privacy notice is available upon request. Rather than keep track of such 3-year windows, many plan sponsors simply include the privacy notice in open enrollment packets or other benefit communication materials.

The privacy policy must be individually delivered to the participant. Posting on a website or making the notice available to the participant (such as by posting or making copies available at the workplace) will not substitute for the required actual delivery. But special or separate mailings are *not* required; delivery to the enrolled participant is deemed to be delivery to all of his or her dependents. If a dependent asks for a separate notice, however, the plan must supply it.

The plan may include the privacy notice with other written materials that are mailed to the participant or include the notice with an SPD or with enrollment materials. The policy may be e-mailed if the participant has agreed to receive an electronic notice. Your Lockton Account Service Team can supply you with additional information about electronic disclosure requirements.

If a health plan maintains a website that contains information about the plan’s customer services or benefits, the plan must post its notice of privacy practices on the website and must make the notice available electronically through the website. This is typically more an issue for insurance carriers than for employer plan sponsors.

Text highlighted in yellow indicates information that should be verified or inserted.

**This is a sample, model HIPAA Privacy Notice document.  
A plan’s (or plans’) HIPAA Privacy Notice requires some customization so be careful to use this model  
merely as a guide, reflecting the type and nature of information required to be reflected in a privacy  
notice.**

**M CONSTRUCTION GROUP, LLC  
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:

**AETNA Group Medical**

**El deber del plan de proteger su información médica protegida**

La información individualmente identificable sobre su salud o condición pasada, presente o futura, la provisión de atención médica para usted o el pago por la atención médica se consideran “Información Médica Protegida” (Protected Health Information, PHI). Se requiere que el Plan amplíe ciertas protecciones a su PHI y que se le proporcione este aviso sobre sus prácticas de privacidad que explican cómo, cuándo y por qué el Plan puede usar o divulgar su PHI. Excepto en circunstancias específicas, el Plan puede usar o divulgar solo la PHI mínima necesaria para lograr el propósito del uso o la divulgación.

El Plan debe seguir las prácticas de privacidad descritas en este aviso, aunque se reserva el derecho de cambiarlas, así como de cambiar los términos de este aviso en cualquier momento. Si lo hace, y el cambio es importante, recibirá una versión revisada de este aviso, ya sea a través de entrega directa, envío por correo a su última dirección conocida o de alguna otra manera. Este aviso, y cualquier revisión importante del mismo, también se le proporcionará por escrito cuando lo solicite (pregúntele a su representante de Recursos Humanos o comuníquese con el Funcionario de Privacidad del Plan, descritos más adelante) y será publicado en cualquier

sitio web mantenido por M Construction Group, LLC que describa los beneficios disponibles para empleados y dependientes.

También puede recibir uno o más avisos de privacidad de compañías de seguros que brinden beneficios de acuerdo al Plan. Esos avisos describirán cómo las compañías de seguros usan y divulgan la PHI y sus derechos con respecto a la PHI que conservan.

### **Cómo el plan puede usar y divulgar su información médica protegida**

El Plan usa y divulga PHI por una variedad de motivos. Para sus usos y divulgaciones de rutina, no requiere su autorización, pero para otros usos y divulgaciones, se puede requerir su autorización (o la autorización de su representante personal [por ejemplo, una persona que es su custodio, tutor o tiene un poder notarial]). A continuación, se ofrecen más descripción y ejemplos de los usos y divulgaciones de su PHI por parte del Plan.

- **Usos y divulgaciones relacionadas con tratamiento, pago u operaciones de atención médica.**
  - **Tratamiento:** en general, y como usted lo esperaría, se le permite al Plan divulgar su PHI para fines de su tratamiento médico. Por lo tanto, puede divulgar su PHI a médicos, personal de enfermería, hospitales, técnicos de emergencias médicas, farmacéuticos y otros profesionales de la salud cuando la divulgación es para su tratamiento médico. Por ejemplo, si se lesiona en un accidente y es importante que su equipo de tratamiento conozca su tipo de sangre, el Plan podría divulgar esa PHI al equipo para permitirle que le brinden un tratamiento más eficaz.
  - **Pago:** por supuesto, la función más importante del Plan, en lo que a usted respecta, es que *pague por* la totalidad o parte de la atención médica que recibe (siempre que la atención esté cubierta por el Plan). En el transcurso de sus operaciones de pago, el Plan recibe una cantidad sustancial de PHI sobre usted. Por ejemplo, médicos, hospitales y farmacias que le brindan atención le envían al Plan información detallada sobre la atención que brindan, de modo que se les pueda pagar por sus servicios. El Plan también puede compartir su PHI con otros planes en ciertos casos. Por ejemplo, si está cubierto por más de un plan de atención médica (p. ej., cubierto por este Plan y el plan de su cónyuge o cubierto por los planes que cubren a su padre y a su madre), podemos compartir su PHI con los otros planes para coordinar el pago de sus reclamos.
  - **Operaciones de atención médica:** el Plan puede usar y divulgar su PHI en el curso de sus “operaciones de atención médica”. Por ejemplo, puede usar su PHI para evaluar la calidad de los servicios que recibió o divulgar su PHI a un contador o abogado para propósitos de auditoría. En algunos casos, el Plan puede divulgar su PHI a compañías de seguro con el propósito de obtener varias coberturas de seguro. Sin embargo, el Plan no divulgará, con fines de suscripción, PHI que sea información genética.
- **Otros usos y divulgaciones de su PHI que no requieren autorización.** La ley establece que el Plan puede usar y divulgar su PHI sin autorización en las siguientes circunstancias:
  - **Al patrocinador del plan:** el plan puede divulgar su PHI a los empleadores (como M Construction Group, LLC) que patrocinan o mantienen el Plan en beneficio de empleados y dependientes. Sin embargo, la PHI solo se puede usar con propósitos limitados, y no se puede usar para propósitos de medidas o decisiones relacionadas con el empleo o en conexión con cualquier otro beneficio o plan de beneficios para empleados de los empleadores. La PHI se puede divulgar al: Departamento de Recursos Humanos o de Beneficios para Empleados a los efectos de inscripciones y desafiliaciones, censos, resoluciones de reclamos y otros asuntos relacionados con la administración del Plan; Departamento de Nómina a los efectos de garantizar deducciones de nómina apropiadas y otros pagos de las personas cubiertas por su cobertura; Departamento de Tecnología de la Información, según sea necesario para preparación de compilaciones de datos e informes relacionados con la administración del Plan; Departamento de Finanzas a los efectos de reconciliar pagos apropiados de la prima y beneficios del Plan y otros asuntos relacionados con la administración del Plan; Asesor Jurídico interno para ayudar con la resolución de reclamos, cobertura y otras disputas relacionadas con la provisión de beneficios del Plan.
  - **A los proveedores de servicios del Plan:** el plan puede divulgar la PHI a sus proveedores de servicios (“socios comerciales”) que llevan a cabo pago de reclamos y servicios de administración del plan. El Plan requiere un contrato por escrito que obligue al socio comercial a salvaguardar y limitar el uso de PHI.
  - **Exigido por la ley:** el Plan puede divulgar la PHI cuando una ley exige que presente información sobre presuntos maltratos, abandono o violencia doméstica, que esté relacionada con una sospecha de actividad delictiva o en respuesta a una orden judicial. También debe divulgar PHI a las autoridades que supervisan el cumplimiento de estos requisitos de privacidad.

- **Para actividades de salud pública:** el Plan puede divulgar PHI cuando sea necesario para recopilar información sobre enfermedades o lesiones o para informar estadísticas vitales a la autoridad de salud pública.
- **Para actividades de supervisión de la salud:** el plan puede divulgar PHI a agencias o departamentos responsables de supervisar el sistema de atención médica a efectos tales como informar sobre incidentes inusuales o investigarlos.
- **Relativo a los difuntos:** el Plan puede divulgar PHI relacionada con la muerte de una persona a médicos forenses, examinadores médicos o directores de funerarias y a organizaciones de obtención de órganos relacionadas con donaciones o trasplantes de órganos, ojos o tejidos.
- **Para propósitos de investigación:** en ciertas circunstancias, y bajo estricta supervisión de una junta de privacidad, el Plan puede divulgar PHI para ayudar a la investigación médica y psiquiátrica.
- **Para evitar amenazas a la salud o a la seguridad:** para evitar una amenaza grave a la salud o a la seguridad, el Plan puede divulgar PHI según sea necesario a fuerzas del orden público o a otras personas que razonablemente pueden prevenir o disminuir la amenaza de daño.
- **Para funciones específicas del Gobierno:** el Plan puede divulgar PHI de personal militar y veteranos en ciertas situaciones a instituciones correccionales en ciertas situaciones, a programas gubernamentales relacionados con elegibilidad e inscripción y por motivos de seguridad nacional.
- **Usos y divulgaciones que requieren autorización:** para usos y divulgaciones que van más allá de tratamiento, pago y propósitos de operaciones, y por motivos que no están incluidos en una de las excepciones descritas anteriormente, se requiere que el Plan tenga su autorización por escrito. Por ejemplo, usos y divulgaciones de notas de psicoterapia, usos y divulgaciones de PHI para fines comerciales y divulgaciones que constituyen una venta de PHI requerirían su autorización. Su autorización puede revocarse en cualquier momento para detener usos y divulgaciones futuras, excepto en la medida en que el Plan ya haya emprendido una acción sobre la base de su autorización.
- **Usos y divulgaciones que requieren que usted tenga la oportunidad de oponerse:** el plan puede compartir PHI con su familia, amigo u otra persona involucrada en su atención o en el pago de su atención. También podemos compartir PHI con estas personas para notificarles sobre su ubicación, condición general o fallecimiento. Sin embargo, el Plan puede divulgar su PHI solo si le informa sobre la divulgación por adelantado y usted no se opone (pero si hay una situación de emergencia y no se le puede dar la oportunidad de objetar, se puede llevar a cabo la divulgación si es consistente con cualquier deseo expresado anteriormente y se determina que la divulgación es lo mejor para usted; usted debe estar informado y se le debe dar la oportunidad de oponerse a una divulgación posterior tan pronto como sea posible).

### **Sus derechos con respecto a su información médica protegida**

Usted tiene los siguientes derechos relacionados con su información médica protegida:

- **Solicitar restricciones sobre usos y divulgaciones:** tiene derecho a solicitar que el Plan limite cómo usa o divulga su PHI. El Plan considerará su solicitud, pero no está legalmente obligado a aceptar la restricción. En la medida en la que acepte cualquier restricción sobre su uso o divulgación de su PHI, pondrá el acuerdo por escrito y lo cumplirá, excepto en situaciones de emergencia. El Plan no puede aceptar limitar usos o divulgaciones que exige la ley.
- **Elegir cómo se el Plan se comunica con usted:** tiene derecho a solicitar que el Plan le envíe información a una dirección alternativa o por medios alternativos. Para solicitar comunicaciones confidenciales, debe hacer su solicitud por escrito al Funcionario de Privacidad. No le preguntaremos el motivo de su solicitud. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea que nos comuniquemos con usted. El Plan debe aceptar su solicitud siempre que sea razonablemente fácil atender la solicitud.
- **Inspeccionar y copiar su PHI:** a menos que su acceso esté restringido por motivos de tratamiento claros y documentados, tiene derecho a ver su PHI en posesión del Plan o sus proveedores si presenta su solicitud por escrito. El Plan, o alguien en nombre del Plan, responderá a su solicitud, normalmente dentro de los 30 días. Si su solicitud es denegada, recibirá los motivos de la denegación por escrito y una explicación de cualquier derecho a que se revise la denegación. Si desea copias de su PHI, se puede imponer un cargo por la copia, pero puede eximirse, dependiendo de sus circunstancias. Tiene derecho a elegir qué partes de su información quiere copiar y recibir, a pedido, previa información sobre el costo de copiado.
- **Solicitar modificaciones de su PHI:** si cree que hay un error o falta información en un registro de su PHI en poder del Plan o de uno de sus proveedores, puede solicitar por escrito que se corrija o complemente el registro. El Plan, o alguien en nombre del Plan, responderá normalmente dentro de los 60 días posteriores a la recepción de su solicitud. El Plan puede denegar la solicitud si se determina que la PHI: (i) es correcta y completa; (ii) no es creada por el Plan o su proveedor o no es parte de los registros del proveedor o del Plan;

o (iii) no se permite ser divulgada. Cualquier denegación indicará los motivos de la misma y le explicará sus derechos para solicitar que se adjunte a su PHI la solicitud y la denegación, junto con cualquier declaración en respuesta que usted proporcione. Si se aprueba la solicitud de enmienda, el Plan o el proveedor, según sea el caso, cambiará la PHI y así se lo informará, y le dirá a otras personas que necesiten saber sobre el cambio en la PHI.

- **Averiguar qué divulgaciones se han realizado:** tiene derecho a obtener una lista de cuándo, a quién, con qué propósito y qué parte de su PHI ha sido divulgada por el Plan y sus proveedores, a excepción de las instancias de divulgación para las que proporcionó la autorización, o instancias en las que la divulgación fue hecha a usted o a su familia. Además, la lista de divulgación no incluirá divulgaciones para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. La lista tampoco incluirá ninguna divulgación hecha con fines de seguridad nacional a funcionarios del orden público o a instituciones correccionales o antes de la fecha en la que normas de privacidad federales se aplicaron al Plan. Normalmente recibirá una respuesta a su solicitud por escrito de dicha lista dentro de los 60 días después de que realice la solicitud por escrito. Su solicitud puede relacionarse con divulgaciones que se remontan a seis años. No se cobrarán cargos por hasta una de esas listas cada año. Puede haber un cargo por solicitudes más frecuentes.

### **Cómo presentar quejas sobre las prácticas de privacidad del Plan**

Si cree que el Plan o uno de sus proveedores puede haber violado sus derechos de privacidad, o si no está de acuerdo con una decisión tomada por el Plan o un proveedor sobre el acceso a su PHI, puede presentar una queja con la persona que se indica en la sección inmediata siguiente. También puede presentar una queja por escrito ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. La ley no permite que nadie tome medidas de represalia contra usted si presenta dichas quejas.

### **Notificación de una violación de privacidad**

Cualquier persona cuya PHI no asegurada ha sido, o se cree razonablemente que ha sido, usada, accedida, adquirida o divulgada de manera no autorizada, recibirá una notificación por escrito del Plan dentro de los 60 días posteriores al descubrimiento de la violación.

Si la violación involucra a 500 o más residentes de un estado, el Plan notificará a los medios de comunicación importantes en el estado. El Plan mantendrá un registro de violaciones de seguridad y presentará esta información al Departamento de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services, HHS) anualmente. Se requieren informes inmediatos del Plan al HHS si una violación de seguridad involucra a 500 o más personas.

### **Persona de contacto para obtener información o presentar una queja**

Si tiene preguntas sobre este aviso, comuníquese con el Funcionario de Privacidad del Plan o el(los) Funcionario(s) Adjunto(s) de Privacidad (consulte a continuación). Si tiene alguna queja sobre las prácticas de privacidad del Plan, el manejo de su PHI, *o el proceso de notificación de una violación*, comuníquese con el Funcionario de Privacidad o con un Funcionario Adjunto de Privacidad autorizado.

### **Funcionario de Privacidad**

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

Kevin McKean  
President  
513 439-9715

El(los) Funcionario(s) Adjunto(s) de Privacidad del Plan es(son):

Kevin McKean  
President  
513 439-9715Me

### **Fecha de entrada en vigor:**

La fecha de entrada en vigor de este aviso es: February 5, 2025.

**INSTRUCTIONS FOR ACCOUNT TEAMS AND PLAN SPONSOR**

This notice applies to ERISA and non-ERISA plans, but not self-funded church plans. If you intend to utilize this model, take care to conform it to the particulars of the relevant plan or plans.

This Spanish version of the General COBRA Notice was supplied by federal authorities.

Plans must provide a General COBRA Notice to participants and, if married, to their covered spouses, upon their enrollment in the plan. After that, the enrolled member need not be supplied a General COBRA Notice on a regular basis, but many sponsors include the Notice in open enrollment packets or benefits brochures, to supplement or reiterate the Notice the enrollee received upon enrollment.

The Notice must be provided within 90 days after coverage under the plan begins. If an employee moves to a different plan at open enrollment, you must issue a new General COBRA Notice (but you are not required to do so if the employee merely moves from option to option within a single plan). If an employee is enrolled and then adds a spouse, the spouse must receive the General COBRA Notice within 90 days after enrollment. Generally, delivery of the Notice to the employee and spouse satisfies the obligation to supply a Notice to other enrolled family members...unless the plan is aware that the other family members live apart from the employee. In those cases, a separate General COBRA Notice should be mailed to such other family members.

**Remember to provide a General COBRA Notice to health FSA and HRA participants and beneficiaries. Those programs are also subject to COBRA.**

The best delivery mechanism for the General COBRA Notice upon an employee or spouse's enrollment is first class (or better) mail addressed to the employee and, if the spouse is covered, to "spouse" or "family." Electronic notice is permitted, subject to compliance with the DOL's regulations for providing electronic notices. Your Lockton Account Service Team can supply you with additional information about electronic disclosure requirements. Regardless of the method of delivery used, the plan should be able to prove that the required notices were sent.

Thus, if you intend to meet the General COBRA Notice obligation by including it in a packet of notices, such as this packet, supplied at initial enrollment, the packet should be mailed to the employee's home, properly addressed as described above. However, if enrollees in the health plan receive a General COBRA Notice in the mail, *independently of this packet of notices*—in other words, if this packet of notices includes a General COBRA Notice simply as a reminder—then it may not be necessary to mail this packet to the employee's home, depending on what other notices are included in the packet, and any special delivery requirements that may apply to such other notices.

Text highlighted in yellow indicates information that should be verified or inserted.

**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”.

*(Si el Plan ofrece cobertura médica para jubilados, agregue este párrafo:)*

### **¿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, adquiera 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](http://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<sup>[1]</sup> 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 Ómnibus 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.

---

<sup>[1]</sup> [www.medicare.gov/sign-up-change-plans/how-do-i-get-parts-a-b/part-a-part-b-sign-up-period](http://www.medicare.gov/sign-up-change-plans/how-do-i-get-parts-a-b/part-a-part-b-sign-up-period).

Para obtener más información, visite [www.medicare.gov/medicare-and-you](http://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](http://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](http://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).*

Kevin McKean

President

513 439-9715

**INSTRUCTIONS FOR ACCOUNT TEAMS AND PLAN SPONSOR**

Federal rules require a health plan to supply a Women’s Cancer Rights Act Notice upon an individual’s initial enrollment in the health plan, and annually thereafter, prior to the beginning of each plan year. Plan sponsors will typically include this Notice in an enrollee’s initial enrollment packet, and his or her annual enrollment packet. Sponsors sometimes also include the Notice, for informational purposes, in a benefits brochure or pamphlet.

The Notice below may be used to satisfy both the initial notice requirement (upon the individual’s initial enrollment in the plan) and the annual notice requirement.

The Notice must be delivered by a method reasonably calculated to ensure actual receipt of the material, including by first-class mail, hand-delivery, or electronically. Your Lockton Account Service Team can supply you with additional information about electronic disclosure requirements. Regardless of the method of delivery used, the plan should be able to prove that the required notices were sent.

Text highlighted in yellow indicates information that should be verified or inserted.

La ley exige que el Plan de Atención Médica del Empleado de M Construction Group, LLC 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 M Construction Group, LLC 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:

<b>PPO \$1500</b>	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible individual	\$1,500	\$3,000
Deducible familiar	\$3,000	\$6,000
Coaseguro	20%	40%

<b>Base QHDHP \$6,000</b>	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible individual	\$6,000	\$12,000
Deducible familiar	\$12,000	\$24,000
Coaseguro	20%	50%

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

Kevin McKean  
President  
513 439-9715

**INSTRUCTIONS FOR ACCOUNT TEAMS AND PLAN SPONSORS**

This notice is only required if:

- The plan periodically requires certification of student status in order to cover an adult dependent child (this notice should accompany the certification request); and
- The plan covers adult children beyond their 26th birthday only if they are full-time students, or requires adult children younger than age 26 and who are not the employee's natural, step, foster, or adopted children to be full-time students in order to remain eligible.

The healthcare reform law prohibits a "full-time student" requirement on an employee's natural, step, foster, and adopted children prior to their 26th birthday, making the Michelle's Law Notice obsolete for most plans.

As noted above, a Michelle's Law Notice must be included with any notice regarding a requirement for certification of student status as a condition of continued coverage under the plan. Consequently, the timing of the sending a Michelle's Law Notice will depend on when the plan sends out its request for certification of student status.

This model notice may require modification to conform to the particulars of your plan. Text highlighted in yellow indicates information that should be verified or inserted.

(Para acompañar la certificación del estatus de estudiante dependiente)

La Ley de Michelle es una ley federal que exige que ciertos planes de salud colectivos sigan siendo elegibles para hijos adultos dependientes que asisten a una escuela postsecundaria, donde los niños dejarían de considerarse estudiantes elegibles debido a un permiso para ausentarse necesario desde el punto de vista médico. En tal caso, el plan debe continuar tratando al hijo como elegible hasta la más tempranas de:

- la fecha que es un año después de la fecha en la que comenzó el permiso para ausentarse médicamente necesario; o
- la fecha en que la cobertura de otro modo finalizaría bajo el plan.

Para que se apliquen las protecciones de la Ley de Michelle, el hijo debe:

- ser un hijo dependiente, según los términos del plan, de un participante o beneficiario; y
- haber sido inscrito en el plan, y como estudiante en una institución de educación postsecundaria, inmediatamente antes del primer día del permiso para ausentarse médicamente necesario.

"Permiso para ausentarse médicamente necesario" significa cualquier cambio en la inscripción en la escuela postsecundaria que comience mientras el hijo padece una enfermedad o lesión grave, es médicamente necesario y hace que el hijo pierda su estatus de estudiante a los efectos de la cobertura del plan.

Si cree que su hijo es elegible para esta elegibilidad continua, debe proporcionarle al plan una certificación escrita por su médico tratante de que el hijo padece una enfermedad o lesión grave y que el permiso para ausentarse es médicamente necesario.

**Si tiene alguna pregunta con respecto a la información contenida en este aviso o el derecho de su hijo a la continuación de la cobertura de la Ley de Michelle, debe comunicarse con Kevin McKean, President, 513 439-9715.**