

The RMR Group LLC

HEALTH PLAN NOTICES

TABLE OF CONTENTS

1. Medicare Part D Creditable Coverage Notice
2. HIPAA Comprehensive Notice of Privacy Policy and Procedures
3. Notice of Special Enrollment Rights
4. General COBRA Notice
5. Women's Health and Cancer Rights Notice

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 The RMR Group LLC About Your Prescription Drug Coverage and Medicare."

MEDICARE PART D CREDITABLE COVERAGE NOTICE
IMPORTANT NOTICE FROM THE RMR GROUP LLC ABOUT
YOUR PRESCRIPTION DRUG COVERAGE AND MEDICARE

Please read this notice carefully and keep it where you can find it. This notice has information about your current prescription drug coverage with The RMR 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. The RMR Group LLC has determined that the prescription drug coverage offered by the The RMR 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.

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 The RMR 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 The RMR Group LLC Plan due to your employment (or someone else’s employment, such as a spouse or parent), your coverage under the The RMR 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 The RMR 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 617-796-8176. **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 The RMR 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.
- Call your State Health Insurance Assistance Program (see the inside back cover of your copy of the “Medicare & You” handbook for their telephone number) for personalized help,
- Call 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users should call 1-877-486-2048.

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

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

Date:	May 1, 2024
Name of Entity/Sender:	Justin Buckner
Contact—Position/Office:	Senior Director Total Rewards
Address:	Two Newton Place 255 Washington Street Newton, MA 02458
Phone Number:	617-796-8176

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

HIPAA COMPREHENSIVE NOTICE OF PRIVACY POLICY

**THE RMR 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:

The RMR Group LLC Employee Benefits 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 The RMR 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 The RMR 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:

Justin Buckner
Senior Director Total Rewards
617-796-8176

Effective Date

The effective date of this notice is: May 1, 2024.

NOTICE OF SPECIAL ENROLLMENT RIGHTS

THE RMR GROUP LLC EMPLOYEE HEALTH CARE PLAN

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

Loss of eligibility includes but is not limited to:

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

Unless the event giving rise to your special enrollment right is a loss of eligibility under Medicaid or CHIP, you must request enrollment within *30 days* after your or your dependent's(s') other coverage ends (or after the employer that sponsors that coverage stops contributing toward the coverage).

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

In addition, if you have a new dependent as a result of marriage, birth, adoption, or placement for adoption, you may be able to enroll yourself and your dependents. However, you must request enrollment within *30 days* after the marriage, birth, adoption, or placement for adoption.

To request special enrollment or obtain more information, contact:

Justin Buckner
Senior Director Total Rewards
617-796-8176

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

GENERAL COBRA NOTICE

Introduction

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

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

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

What is COBRA continuation coverage?

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

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

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

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

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

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

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

When is COBRA continuation coverage available?

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

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

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

How is COBRA continuation coverage provided?

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

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

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

Disability extension of 18-month period of COBRA continuation coverage

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

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

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

Are there other coverage options besides COBRA Continuation Coverage?

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

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

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

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

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

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

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

If you have questions

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

Keep your Plan informed of address changes

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

Plan contact information

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

Justin Buckner
Senior Director Total Rewards
Two Newton Place 255 Washington Street
Newton, MA 02458
617-796-8176

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

WOMEN’S HEALTH AND CANCER RIGHTS NOTICE

The RMR Group LLC Employee Health Care Plan is required by law to provide you with the following notice:

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

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

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

Saver (HSA) Plan	In-Network	Out-of-Network
Individual Deductible	\$3,200	\$3,200
Family Deductible	\$6,400	\$6,400
Coinsurance	0%	20%
Coinsurance Plan	In-Network	Out-of-Network
Individual Deductible	\$1,000	\$1,000
Family Deductible	\$2,000	\$2,000
Coinsurance	10%	30%
Premium Plan	In-Network	Out-of-Network
Individual Deductible	\$500	\$1,000
Family Deductible	\$1,000	\$2,000
Coinsurance	0%	20%

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

Justin Buckner
Senior Director Total Rewards
617-796-8176

Premium Assistance Under Medicaid and the Children’s Health Insurance Program (CHIP)

If you or your children are eligible for Medicaid or CHIP and you’re eligible for health coverage from your employer, your state may have a premium assistance program that can help pay for coverage, using funds from their Medicaid or CHIP programs. If you or your children aren’t eligible for Medicaid or CHIP, you won’t be eligible for these premium assistance programs but you may be able to buy individual insurance coverage through the Health Insurance Marketplace. For more information, visit www.healthcare.gov.

If you or your dependents are already enrolled in Medicaid or CHIP and you live in a State listed below, contact your State Medicaid or CHIP office to find out if premium assistance is available.

If you or your dependents are NOT currently enrolled in Medicaid or CHIP, and you think you or any of your dependents might be eligible for either of these programs, contact your State Medicaid or CHIP office or dial **1-877-KIDS NOW** or www.insurekidsnow.gov to find out how to apply. If you qualify, ask your state if it has a program that might help you pay the premiums for an employer-sponsored plan.

If you or your dependents are eligible for premium assistance under Medicaid or CHIP, as well as eligible under your employer plan, your employer must allow you to enroll in your employer plan if you aren’t already enrolled. This is called a “special enrollment” opportunity, and **you must request coverage within 60 days of being determined eligible for premium assistance**. If you have questions about enrolling in your employer plan, contact the Department of Labor at www.askebsa.dol.gov or call **1-866-444-EBSA (3272)**.

If you live in one of the following states, you may be eligible for assistance paying your employer health plan premiums. The following list of states is current as of January 31, 2024. Contact your State for more information on eligibility –

ALABAMA – Medicaid	ALASKA – Medicaid
Website: http://myalhipp.com/ Phone: 1-855-692-5447	The AK Health Insurance Premium Payment Program Website: http://myakhipp.com/ Phone: 1-866-251-4861 Email: CustomerService@MyAKHIPP.com Medicaid Eligibility: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx
ARKANSAS – Medicaid	CALIFORNIA – Medicaid
Website: http://myarhipp.com/ Phone: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Website: http://dhcs.ca.gov/hipp Phone: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Email: hipp@dhcs.ca.gov
COLORADO – Health First Colorado (Colorado’s Medicaid Program) & Child Health Plan Plus (CHP+)	FLORIDA – Medicaid
Health First Colorado Website: https://www.healthfirstcolorado.com/ Health First Colorado Member Contact Center: 1-800-221-3943/State Relay 711 CHP+: https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus CHP+ Customer Service: 1-800-359-1991/State Relay 711 Health Insurance Buy-In Program (HIBI): https://www.mycohibi.com/ HIBI Customer Service: 1-855-692-6442	Website: https://www.flmedicaidtprecovery.com/flmedicaidtprecovery.com/hipp/index.html Phone: 1-877-357-3268

GEORGIA – Medicaid	INDIANA – Medicaid
GA HIPP Website: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Phone: 678-564-1162, Press 1 GA CHIPRA Website: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Phone: 678-564-1162, Press 2	Healthy Indiana Plan for low-income adults 19-64 Website: http://www.in.gov/fssa/hip/ Phone: 1-877-438-4479 All other Medicaid Website: https://www.in.gov/medicaid/ Phone: 1-800-457-4584
IOWA – Medicaid and CHIP (Hawki)	KANSAS – Medicaid
Medicaid Website: https://dhs.iowa.gov/ime/members Medicaid Phone: 1-800-338-8366 Hawki Website: http://dhs.iowa.gov/Hawki Hawki Phone: 1-800-257-8563 HIPP Website: https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp HIPP Phone: 1-888-346-9562	Website: https://www.kancare.ks.gov/ Phone: 1-800-792-4884 HIPP Phone: 1-800-967-4660
KENTUCKY – Medicaid	LOUISIANA – Medicaid
Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP) Website: https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Phone: 1-855-459-6328 Email: KIHIPP.PROGRAM@ky.gov KCHIP Website: https://kynect.ky.gov Phone: 1-877-524-4718 Kentucky Medicaid Website: https://chfs.ky.gov/agencies/dms	Website: www.medicaid.la.gov or www.ldh.la.gov/lahipp Phone: 1-888-342-6207 (Medicaid hotline) or 1-855-618-5488 (LaHIPP)
MAINE – Medicaid	MASSACHUSETTS – Medicaid and CHIP
Enrollment Website: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US Phone: 1-800-442-6003 TTY: Maine relay 711 Private Health Insurance Premium Webpage: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Phone: 1-800-977-6740 TTY: Maine relay 711	Website: https://www.mass.gov/masshealth/pa Phone: 1-800-862-4840 TTY: 711 Email: masspremassistance@accenture.com
MINNESOTA – Medicaid	MISSOURI – Medicaid
Website: https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp Phone: 1-800-657-3739	Website: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Phone: 573-751-2005
MONTANA – Medicaid	NEBRASKA – Medicaid
Website: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Phone: 1-800-694-3084 Email: HSHIPPProgram@mt.gov	Website: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Phone: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178

NEVADA – Medicaid	NEW HAMPSHIRE – Medicaid
Medicaid Website: http://dhcfp.nv.gov Medicaid Phone: 1-800-992-0900	Website: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Phone: 603-271-5218 Toll free number for the HIPP program: 1-800-852-3345, ext. 5218
NEW JERSEY – Medicaid and CHIP	NEW YORK – Medicaid
Medicaid Website: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Medicaid Phone: 609-631-2392 CHIP Website: http://www.njfamilycare.org/index.html CHIP Phone: 1-800-701-0710	Website: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Phone: 1-800-541-2831
NORTH CAROLINA – Medicaid	NORTH DAKOTA – Medicaid
Website: https://medicaid.ncdhhs.gov/ Phone: 919-855-4100	Website: https://www.hhs.nd.gov/healthcare Phone: 1-844-854-4825
OKLAHOMA – Medicaid and CHIP	OREGON – Medicaid and CHIP
Website: http://www.insureoklahoma.org Phone: 1-888-365-3742	Website: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx Phone: 1-800-699-9075
PENNSYLVANIA – Medicaid and CHIP	RHODE ISLAND – Medicaid and CHIP
Website: https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Program.aspx Phone: 1-800-692-7462 CHIP Website: Children's Health Insurance Program (CHIP) (pa.gov) CHIP Phone: 1-800-986-KIDS (5437)	Website: http://www.eohhs.ri.gov/ Phone: 1-855-697-4347, or 401-462-0311 (Direct RIte Share Line)
SOUTH CAROLINA – Medicaid	SOUTH DAKOTA - Medicaid
Website: https://www.scdhhs.gov Phone: 1-888-549-0820	Website: http://dss.sd.gov Phone: 1-888-828-0059
TEXAS – Medicaid	UTAH – Medicaid and CHIP
Website: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Texas Health and Human Services Phone: 1-800-440-0493	Medicaid Website: https://medicaid.utah.gov/ CHIP Website: http://health.utah.gov/chip Phone: 1-877-543-7669
VERMONT– Medicaid	VIRGINIA – Medicaid and CHIP
Website: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Department of Vermont Health Access Phone: 1-800-250-8427	Website: https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs Medicaid/CHIP Phone: 1-800-432-5924
WASHINGTON – Medicaid	WEST VIRGINIA – Medicaid and CHIP
Website: https://www.hca.wa.gov/ Phone: 1-800-562-3022	Website: https://dhhr.wv.gov/bms/ http://mywvhipp.com/ Medicaid Phone: 304-558-1700 CHIP Toll-free phone: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)

WISCONSIN – Medicaid and CHIP	WYOMING – Medicaid
Website: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Phone: 1-800-362-3002	Website: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Phone: 1-800-251-1269

To see if any other states have added a premium assistance program since January 31, 2024, or for more information on special enrollment rights, contact either:

U.S. Department of Labor
 Employee Benefits Security Administration
www.dol.gov/agencies/ebsa
 1-866-444-EBSA (3272)

U.S. Department of Health and Human Services
 Centers for Medicare & Medicaid Services
www.cms.hhs.gov
 1-877-267-2323, Menu Option 4, Ext. 61565

Paperwork Reduction Act Statement

According to the Paperwork Reduction Act of 1995 (Pub. L. 104-13) (PRA), no persons are required to respond to a collection of information unless such collection displays a valid Office of Management and Budget (OMB) control number. The Department notes that a Federal agency cannot conduct or sponsor a collection of information unless it is approved by OMB under the PRA, and displays a currently valid OMB control number, and the public is not required to respond to a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. See 44 U.S.C. 3507. Also, notwithstanding any other provisions of law, no person shall be subject to penalty for failing to comply with a collection of information if the collection of information does not display a currently valid OMB control number. See 44 U.S.C. 3512.

The public reporting burden for this collection of information is estimated to average approximately seven minutes per respondent. Interested parties are encouraged to send comments regarding the burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden, to the U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, Office of Policy and Research, Attention: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210 or email ebsa.opr@dol.gov and reference the OMB Control Number 1210-0137.

OMB Control Number 1210-0137 (expires 1/31/2026)



Health Insurance Marketplace Coverage Options and Your Health Coverage

Form Approved
OMB No. 1210-0149
(expires 12-31-2026)

PART A: General Information

Even if you are offered health coverage through your employment, you may have other coverage options through the Health Insurance Marketplace ("Marketplace"). To assist you as you evaluate options for you and your family, this notice provides some basic information about the Health Insurance Marketplace and health coverage offered through your employment.

What is the Health Insurance Marketplace?

The Marketplace is designed to help you find health insurance that meets your needs and fits your budget. The Marketplace offers "one-stop shopping" to find and compare private health insurance options in your geographic area.

Can I Save Money on my Health Insurance Premiums in the Marketplace?

You may qualify to save money and lower your monthly premium and other out-of-pocket costs, but only if your employer does not offer coverage, or offers coverage that is not considered affordable for you and doesn't meet certain minimum value standards (discussed below). The savings that you're eligible for depends on your household income. You may also be eligible for a tax credit that lowers your costs.

Does Employment-Based Health Coverage Affect Eligibility for Premium Savings through the Marketplace?

Yes. If you have an offer of health coverage from your employer that is considered affordable for you and meets certain minimum value standards, you will not be eligible for a tax credit, or advance payment of the tax credit, for your Marketplace coverage and may wish to enroll in your employment-based health plan. However, you may be eligible for a tax credit, and advance payments of the credit that lowers your monthly premium, or a reduction in certain cost-sharing, if your employer does not offer coverage to you at all or does not offer coverage that is considered affordable for you or meet minimum value standards. If your share of the premium cost of all plans offered to you through your employment is more than 9.12%¹ of your annual household income, or if the coverage through your employment does not meet the "minimum value" standard set by the Affordable Care Act, you may be eligible for a tax credit, and advance payment of the credit, if you do not enroll in the employment-based health coverage. For family members of the employee, coverage is considered affordable if the employee's cost of premiums for the lowest-cost plan that would cover all family members does not exceed 9.12% of the employee's household income.^{1,2}

Note: If you purchase a health plan through the Marketplace instead of accepting health coverage offered through your employment, then you may lose access to whatever the employer contributes to the employment-based coverage. Also, this employer contribution -as well as your employee contribution to employment-based coverage- is generally excluded from income for federal and state income tax purposes. Your payments for coverage through the Marketplace are made on an after-tax basis. In addition, note that if the health coverage offered through your employment does not meet the affordability or minimum value standards, but you accept that coverage anyway, you will not be eligible for a tax credit. You should consider all of these factors in determining whether to purchase a health plan through the Marketplace.

¹ Indexed annually; see <https://www.irs.gov/pub/irs-drop/rp-22-34.pdf> for 2023.

² An employer-sponsored or other employment-based health plan meets the "minimum value standard" if the plan's share of the total allowed benefit costs covered by the plan is no less than 60 percent of such costs. For purposes of eligibility for the premium tax credit, to meet the "minimum value standard," the health plan must also provide substantial coverage of both inpatient hospital services and physician services.

When Can I Enroll in Health Insurance Coverage through the Marketplace?

You can enroll in a Marketplace health insurance plan during the annual Marketplace Open Enrollment Period. Open Enrollment varies by state but generally starts November 1 and continues through at least December 15.

Outside the annual Open Enrollment Period, you can sign up for health insurance if you qualify for a Special Enrollment Period. In general, you qualify for a Special Enrollment Period if you've had certain qualifying life events, such as getting married, having a baby, adopting a child, or losing eligibility for other health coverage. Depending on your Special Enrollment Period type, you may have 60 days before or 60 days following the qualifying life event to enroll in a Marketplace plan.

There is also a Marketplace Special Enrollment Period for individuals and their families who lose eligibility for Medicaid or Children's Health Insurance Program (CHIP) coverage on or after March 31, 2023, through July 31, 2024. Since the onset of the nationwide COVID-19 public health emergency, state Medicaid and CHIP agencies generally have not terminated the enrollment of any Medicaid or CHIP beneficiary who was enrolled on or after March 18, 2020, through March 31, 2023. As state Medicaid and CHIP agencies resume regular eligibility and enrollment practices, many individuals may no longer be eligible for Medicaid or CHIP coverage starting as early as March 31, 2023. The U.S. Department of Health and Human Services is offering a temporary Marketplace Special Enrollment period to allow these individuals to enroll in Marketplace coverage.

Marketplace-eligible individuals who live in states served by HealthCare.gov and either- submit a new application or update an existing application on HealthCare.gov between March 31, 2023 and July 31, 2024, and attest to a termination date of Medicaid or CHIP coverage within the same time period, are eligible for a 60-day Special Enrollment Period. **That means that if you lose Medicaid or CHIP coverage between March 31, 2023, and July 31, 2024, you may be able to enroll in Marketplace coverage within 60 days of when you lost Medicaid or CHIP coverage.** In addition, if you or your family members are enrolled in Medicaid or CHIP coverage, it is important to make sure that your contact information is up to date to make sure you get any information about changes to your eligibility. To learn more, visit HealthCare.gov or call the Marketplace Call Center at 1-800-318-2596. TTY users can call 1-855-889-4325.

What about Alternatives to Marketplace Health Insurance Coverage?

If you or your family are eligible for coverage in an employment-based health plan (such as an employer-sponsored health plan), you or your family may also be eligible for a Special Enrollment Period to enroll in that health plan in certain circumstances, including if you or your dependents were enrolled in Medicaid or CHIP coverage and lost that coverage. Generally, you have 60 days after the loss of Medicaid or CHIP coverage to enroll in an employment-based health plan, but if you and your family lost eligibility for Medicaid or CHIP coverage between March 31, 2023 and July 10, 2023, you can request this special enrollment in the employment-based health plan through September 8, 2023. Confirm the deadline with your employer or your employment-based health plan.

Alternatively, you can enroll in Medicaid or CHIP coverage at any time by filling out an application through the Marketplace or applying directly through your state Medicaid agency. Visit <https://www.healthcare.gov/medicaid-chip/getting-medicaid-chip/> for more details.

How Can I Get More Information?

For more information about your coverage offered through your employment, please check your health plan's summary plan description or contact

Justin Buckner

The Marketplace can help you evaluate your coverage options, including your eligibility for coverage through the Marketplace and its cost. Please visit [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) for more information, including an online application for health insurance coverage and contact information for a Health Insurance Marketplace in your area.

PART B: Information About Health Coverage Offered by Your Employer

This section contains information about any health coverage offered by your employer. If you decide to complete an application for coverage in the Marketplace, you will be asked to provide this information. This information is numbered to correspond to the Marketplace application.

3. Employer name The RMR Group LLC		4. Employer Identification Number (EIN) 04-3583787	
5. Employer address Two Newton Place 255 Washington Street		6. Employer phone number 617-796-8176	
7. City Newton		8. State MA	9. ZIP code 02458
10. Who can we contact about employee health coverage at this job? Justin Buckner			
11. Phone number (if different from above)		12. Email address Jbuckner@rmrgroup.com	

Here is some basic information about health coverage offered by this employer:

- As your employer, we offer a health plan to:

All employees. Eligible employees are:

Some employees. Eligible employees are:

You are eligible to participate in The RMR Group's benefits program if you are a regular employee scheduled to work at least 21 hours per week.

- With respect to dependents:

We do offer coverage. Eligible dependents are:

Your legally married spouse or domestic partner and your children up to age 26, or disabled children of any age.

We do not offer coverage.

If checked, this coverage meets the minimum value standard, and the cost of this coverage to you is intended to be affordable, based on employee wages.

****** Even if your employer intends your coverage to be affordable, you may still be eligible for a premium discount through the Marketplace. The Marketplace will use your household income, along with other factors, to determine whether you may be eligible for a premium discount. If, for example, your wages vary from week to week (perhaps you are an hourly employee or you work on a commission basis), if you are newly employed mid-year, or if you have other income losses, you may still qualify for a premium discount.

If you decide to shop for coverage in the Marketplace, [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) will guide you through the process. Here's the employer information you'll enter when you visit [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) to find out if you can get a tax credit to lower your monthly premiums.

The information below corresponds to the Marketplace Employer Coverage Tool. Completing this section is optional for employers, but will help ensure employees understand their coverage choices.

13. Is the employee currently eligible for coverage offered by this employer, or will the employee be eligible in the next 3 months?

Yes (Continue)

13a. If the employee is not eligible today, including as a result of a waiting or probationary period, when is the employee eligible for coverage? _____ (mm/dd/yyyy) (Continue)

No (STOP and return this form to employee)

14. Does the employer offer a health plan that meets the minimum value standard*?

Yes (Go to question 15) No (STOP and return form to employee)

15. For the lowest-cost plan that meets the minimum value standard* offered only to the employee (don't include family plans): If the employer has wellness programs, provide the premium that the employee would pay if he/ she received the maximum discount for any tobacco cessation programs, and didn't receive any other discounts based on wellness programs.

a. How much would the employee have to pay in premiums for this plan? \$ _____
b. How often? Weekly Every 2 weeks Twice a month Monthly Quarterly Yearly

If the plan year will end soon and you know that the health plans offered will change, go to question 16. If you don't know, STOP and return form to employee.

16. What change will the employer make for the new plan year? _____

Employer won't offer health coverage

Employer will start offering health coverage to employees or change the premium for the lowest-cost plan available only to the employee that meets the minimum value standard.* (Premium should reflect the discount for wellness programs. See question 15.)

a. How much would the employee have to pay in premiums for this plan? \$ _____
b. How often? Weekly Every 2 weeks Twice a month Monthly Quarterly Yearly

* An employer-sponsored health plan meets the "minimum value standard" if the plan's share of the total allowed benefit costs covered by the plan is no less than 60 percent of such costs (Section 36B(c)(2)(C)(ii) of the Internal Revenue Code of 1986)

The RMR Group LLC HEALTH PLAN NOTICES

TABLE OF CONTENTS

1. Aviso de cobertura acreditable de la Parte D de Medicare
2. Aviso integral de la HIPAA sobre políticas y procedimientos de privacidad
3. Aviso de derechos especiales de inscripción
4. Aviso general de la COBRA
5. Aviso de derechos de salud y cáncer de las mujeres

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 The RMR Group LLC sobre su cobertura de medicamentos con prescripción y Medicare”.

The RMR Group LLC

AVISO IMPORTANTE DE THE RMR 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 The RMR 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. The RMR Group LLC ha determinado que se prevé que la cobertura de medicamentos con prescripción ofrecida por el Plan de Salud del Empleado ("Plan") de The RMR 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 The RMR 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 The RMR 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 The RMR 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 The RMR 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 617-796-8176. **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 The RMR 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.
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia de Seguros Médicos (consulte la contraportada interior de su copia del manual “Medicare y usted” para obtener su número de teléfono) para obtener ayuda personalizada.
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

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

Fecha:	May 1, 2024
Nombre de la entidad/del remitente:	Justin Buckner
Contacto — Cargo/oficina:	Senior Director Total Rewards
Dirección:	Two Newton Place 255 Washington Street Newton, MA 02458
Número de teléfono:	617-796-8176

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

**THE RMR 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:

The RMR Group LLC Employee Benefits Plan

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 The RMR 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 The RMR 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:

Justin Buckner
Senior Director Total Rewards
617-796-8176

Fecha de entrada en vigor:

La fecha de entrada en vigor de este aviso es: May 1, 2024.

PLAN DE SALUD DEL EMPLEADO DE THE RMR GROUP LLC
AVISO DE DERECHOS ESPECIALES DE INSCRIPCIÓN

Si rechaza la inscripción para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a otro seguro de salud o a un plan colectivo de cobertura médica, puede inscribirse posteriormente a sí mismo y a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir a su otra cobertura o a la de sus dependientes).

La pérdida de elegibilidad incluye, entre otros:

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

A menos que el evento que da lugar a su derecho especial de inscripción sea una pérdida de elegibilidad de acuerdo a Medicaid o al CHIP, debe solicitar la inscripción dentro de los *30 días* después de que finalice su otra cobertura o la de sus dependientes (o después de que el empleador que patrocina esa cobertura deje de contribuir a la cobertura).

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

Además, si tiene un nuevo dependiente producto de un matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción es posible que pueda inscribirse usted y sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los *30 días* después del matrimonio, del nacimiento, de la adopción o de la colocación para adopción.

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

Justin Buckner
Senior Director Total Rewards
617-796-8176

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

AVISO GENERAL DE LA COBRA

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

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

Introducción

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

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

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

¿Qué es la cobertura de continuación de COBRA?

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

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

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

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

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

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

- el empleado cubierto muere;
- las horas de empleo del empleado cubierto se reducen;
- el empleo del empleado cubierto termina por un motivo que no sea una falta grave por parte del empleado cubierto;
- el empleado cubierto adquiere el derecho a recibir los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas);
- los padres se divorcian o se separan legalmente; o el hijo deja de ser elegible para la cobertura del Plan como “hijo dependiente”.

¿Cuándo está disponible la cobertura de continuación de COBRA?

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

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

Para todos los otros eventos específicos (divorcio o separación legal del empleado y el cónyuge, o hijo dependiente que pierde la elegibilidad para la cobertura como hijo dependiente), debe avisarle al administrador del Plan en los 60 días 60 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.

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

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

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

Si elige la Ley 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 descontinuar debido al derecho a Medicare, incluso si la persona se inscribe en la otra parte de Medicare después de la fecha de la elección de la cobertura de COBRA).

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

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

Si tiene preguntas

Las preguntas acerca de su Plan o de sus derechos a recibir la cobertura de continuación de COBRA deben enviarse al contacto o los contactos identificados abajo. Para obtener más información sobre sus derechos según la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA, por sus siglas en inglés), incluida la ley COBRA, la Ley de Atención Médica (de bajo costo) y la Protección al Paciente, y otras leyes que afectan a los planes de salud grupales, comuníquese con la oficina regional o

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

de distrito más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (EBSA, por sus siglas en inglés) del Departamento de Trabajo de Estados Unidos en su área, o visite www.dol.gov/ebsa. (Las direcciones y los números de teléfono de las oficinas regionales y de distrito de EBSA están disponibles en el sitio web de EBSA). Para obtener más información acerca del mercado de seguros médicos, visite www.HealthCare.gov.

Informe a su plan si cambia de dirección

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

Información de contacto del Plan

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

Justin Buckner

Senior Director Total Rewards

617-796-8176

AVISO SOBRE DERECHOS DE SALUD Y CÁNCER DE LAS MUJERES

La ley exige que el Plan de Atención Médica del Empleado de The RMR 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 The RMR 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:

Saver (HSA) Plan	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible individual	\$3,200	\$3,200
Deducible familiar	\$6,400	\$6,400
Coaseguro	0%	20%

Coinsurance Plan	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible individual	\$1,000	\$1,000
Deducible familiar	\$2,000	\$2,000
Coaseguro	10%	30%

Premium Plan	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible individual	\$500	\$1,000
Deducible familiar	\$1,000	\$2,000
Coaseguro	0%	20%

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

Justin Buckner
Senior Director Total Rewards
617-796-8176

Asistencia con las primas bajo Medicaid y el Programa de Seguro de Salud para Menores (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para cobertura médica de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia con las primas que puede ayudar a pagar por la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, usted no será elegible para estos programas de asistencia con las primas, pero es probable que pueda comprar cobertura de seguro individual a través del mercado de seguros médicos. Para obtener más información, visite www.cuidadodesalud.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y usted vive en uno de los estados enumerados a continuación, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para saber si hay asistencia con primas disponible.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y usted cree que usted o cualquiera de sus dependientes puede ser elegible para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado, llame al **1-877-KIDS NOW** o visite espanol.insurekidsnow.gov/ para información sobre como presentar su solicitud. Si usted es elegible, pregunte a su estado si tiene un programa que pueda ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para asistencia con primas bajo Medicaid o CHIP, y también son elegibles bajo el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan de su empleador, si usted aún no está inscrito. Esto se llama oportunidad de “inscripción especial”, y **usted debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días de haberse determinado que usted es elegible para la asistencia con las primas**. Si tiene preguntas sobre la inscripción en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento del Trabajo electrónicamente a través de www.askebsa.dol.gov o llame al servicio telefónico gratuito **1-866-444-EBSA (3272)**.

Si usted vive en uno de los siguientes estados, tal vez sea elegible para asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente es una lista de estados actualizada al 31 de enero de 2024. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad –

ALABAMA – Medicaid	ALASKA – Medicaid
Sitio web: http://myalhipp.com Teléfono: 1-855-692-5447	El Programa de Pago de AK primas del seguro médico Sitio web: http://myakhipp.com Teléfono: 1-866-251-4861 Por correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad de Medicaid: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx
ARKANSAS – Medicaid	CALIFORNIA – Medicaid
Sitio web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Sitio web: http://dhcs.ca.gov/hipp Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Por correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov

COLORADO – Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)	FLORIDA – Medicaid
<p>Sitio web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/es Centro de atención al cliente de Health First Colorado: 1-800-221-3943/ retransmisor del estado: 711 CHP+: https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus Atención al cliente de CHP+: 1-800-359- 1991/retransmisor del estado: 711 Programa de compra de seguro de salud (HIBI, por sus siglas en inglés): https://www.mycohibi.com/ Atención al cliente de HIBI: 1-855-692-6442</p>	<p>Sitio web: https://www.flmedicaidtprecovery.com/flmedicaidtprecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268</p>
GEORGIA – Medicaid	INDIANA – Medicaid
<p>Sitio web de GA HIPP: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162, Presiona 1 Sitio web de GA CHIPRA: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Teléfono: 678-564-1162, Presiona 2</p>	<p>Healthy Indiana Plan para adultos de bajos ingresos 19-64 Sitio web: http://www.in.gov/fssa/hip/ Teléfono: 1-877-438-4479 Todos los demás Medicaid Sitio web: https://www.in.gov/medicaid/ Teléfono: 1-800-457-4584</p>
IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)	KANSAS – Medicaid
<p>Sitio web de Medicaid: https://dhs.iowa.gov/ime/members Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366 Sitio web de Hawki: http://dhs.iowa.gov/Hawki Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563 Sitio web de HIPP: https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp Teléfono de HIPAA: 1-888-346-9562</p>	<p>Sitio web: https://www.kancare.ks.gov/ Teléfono: 1-800-792-4884 Teléfono de HIPP: 1-800-967-4660</p>
KENTUCKY - Medicaid	LOUISIANA – Medicaid
<p>Sitio web del Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP): https://www.chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Teléfono: 1-855-459-6328 Por correo electrónico: KIHIPPPROGRAM@ky.gov Sitio web de KCHIP: https://kynect.ky.gov Teléfono: 1-877-524-4718 Sitio web de Medicaid de Kentucky: https://chfs.ky.gov/agencies/dms</p>	<p>Sitio web: www.medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)</p>

<p style="text-align: center;">MAINE – Medicaid</p> <p>Sitio web por inscripción: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Maine relay 711 Página web por primos de seguro de salud privado: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-977-6740 TTY: Maine relay 711</p>	<p style="text-align: center;">MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web: https://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840 TTY: 711</p>
<p style="text-align: center;">MINNESOTA – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp Teléfono: 1-800-657-3739</p>	<p style="text-align: center;">MISSOURI – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005</p>
<p style="text-align: center;">MONTANA – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084 Por correo electrónico: HSHIPPProgram@mt.gov</p>	<p style="text-align: center;">NEBRASKA – Medicaid</p> <p>Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178</p>
<p style="text-align: center;">NEVADA – Medicaid</p> <p>Sitio web de Medicaid: http://dhcfp.nv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900</p>	<p style="text-align: center;">NUEVO HAMPSHIRE – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Teléfono: 603-271-5218 Teléfono gratuito para el programa de HIPP: 1-800-852-3345, ext. 5218</p>
<p style="text-align: center;">NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Teléfono de Medicaid: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710</p>	<p style="text-align: center;">NUEVA YORK – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831</p>
<p style="text-align: center;">CAROLINA DEL NORTE – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov Teléfono: 919-855-4100</p>	<p style="text-align: center;">DAKOTA DEL NORTE – Medicaid</p> <p>Sitio web: http://www.hhs.nd.gov/healthcare Teléfono: 1-844-854-4825</p>

OKLAHOMA – Medicaid y CHIP	OREGON – Medicaid y CHIP
Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono – 1-888-365-3742	Sitio web: https://cuidadodesalud.oregon.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-800-699-9075
PENSILVANIA – Medicaid y CHIP	RHODE ISLAND– Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIP-P-Program.aspx Teléfono: 1-800-692-7462 Sitio web de CHIP: Children's Health Insurance Program (CHIP) (pa.gov) Teléfono de CHIP: 1-800-986-JIDS (5437)	Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 1-855-697-4347 o 401-462-0311 (Direct RIIta Share Line)
CAROLINA DEL SUR – Medicaid	DAKOTA DEL SUR – Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820	Sitio web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059
TEXAS – Medicaid	UTAH– Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.hhs.texas.gov/es/servicios/finanzas/programa-de-pago-de-las-primas-del-seguro-medico Teléfono: 1-800-440-0493	Sitio web de Medicaid: https://medicaid.utah.gov/spanish-language Sitio web de CHIP: https://chip.health.utah.gov/espanol/ Teléfono: 1-877-543-7669
VERMONT – Medicaid	VIRGINIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Department of Vermont Health Access Teléfono: 1-800-250-8427	Sitio web: https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs Teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924
WASHINGTON – Medicaid	WEST VIRGINIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: http://www.hca.wa.gov Teléfono: 1-800-562-3022	Sitio web: https://dhhr.wv.gov/bms/ http://mywvhipp.com/ Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 Teléfono gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)
WISCONSIN – Medicaid y CHIP	WYOMING – Medicaid
Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002	Sitio web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Teléfono: 1-800-251-1269

Para saber si otros estados han agregado el programa de asistencia con primas desde el 31 de enero de 2024, o para obtener más información sobre derechos de inscripción especial, comuníquese con alguno de los siguientes:

Departamento del Trabajo de EE.UU.
Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados
www.dol.gov/agencies/ebsa/es/about-ebsa/our-activities/informacion-en-espanol
1-866-444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.
Centros para Servicios de Medicare y Medicaid
www.cms.hhs.gov
1-877-267-2323, opción de menú 4, Ext. 6156

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites

Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Ley Pública 104-13) (PRA, por sus siglas en inglés), no es obligatorio que ninguna persona responda a una recopilación de información, a menos que dicha recopilación tenga un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El Departamento advierte que una agencia federal no puede llevar a cabo ni patrocinar una recopilación de información, a menos que la OMB la apruebe en virtud de la ley PRA y esta tenga un número de control actualmente válido de la oficina mencionada. El público no tiene la obligación de responder a una recopilación de información, a menos que esta tenga un número de control actualmente válido de la OMB. Consulte la Sección 3507 del Título 44 del Código de Estados Unidos (USC). Además, sin perjuicio de ninguna otra disposición legal, ninguna persona quedará sujeta a sanciones por no cumplir con una recopilación de información, si dicha recopilación no tiene un número de control actualmente válido de la OMB. Consulte la Sección 3512 del Título 44 del Código de Estados Unidos (USC).

Se estima que el tiempo necesario para realizar esta recopilación de información es, en promedio, de aproximadamente siete minutos por persona. Se anima a los interesados a que envíen sus comentarios con respecto al tiempo estimado o a cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, como sugerencias para reducir este tiempo, a la dependencia correspondiente del Ministerio de Trabajo de EE. UU., a la siguiente dirección: U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, Office of Policy and Research, Attention: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210. También pueden enviar un correo electrónico a ebsa.opr@dol.gov y hacer referencia al número de control de la OMB 1210-0137.

Número de Control de OMB 1210-0137 (vence al 31 de enero de 2026)



Cobertura del Mercado de Seguros Médicos Opciones y su cobertura de salud

Formulario aprobado
OMB n.º 1210-0149
(vence el 31 de diciembre de 2026)

PARTE A: Información general

Incluso si le ofrecen cobertura de salud a través de su empleo, es posible que tenga otras opciones de cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos ("Mercado"). Para ayudarlo a evaluar las opciones para usted y su familia, este aviso proporciona cierta información básica sobre el Mercado de Seguros Médicos y la cobertura de salud ofrecida a través de su empleo.

¿Qué es el Mercado de Seguros Médicos?

El Mercado está diseñado para ayudarlo a encontrar un seguro médico que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El Mercado ofrece un "punto único de compra" para encontrar y comparar opciones de seguros médicos privados en su área geográfica.

¿Puedo ahorrar dinero en las primas de mi seguro médico en el Mercado?

Es posible que califique para ahorrar dinero y reducir su prima mensual y otros costos de bolsillo, pero solo si su empleador no ofrece cobertura o si ofrece cobertura que no se considera asequible para usted y no cumple con ciertas normas de valor mínimo (que se analizan a continuación). Los ahorros para los que es elegible dependen de los ingresos de su hogar. También puede ser elegible para un crédito fiscal que reduzca sus costos.

¿La cobertura de salud basada en el empleo afecta la elegibilidad para recibir ahorros en primas a través del Mercado?

Sí. Si tiene una oferta de cobertura de salud de su empleador que se considera asequible para usted y cumple con ciertas normas de valor mínimo, no será elegible para un crédito fiscal o pago por adelantado del crédito fiscal para su cobertura del Mercado y es posible que desee inscribirse en su plan de salud basado en el empleo. Sin embargo, usted puede ser elegible para un crédito fiscal y pagos por adelantado del crédito, que reducen su prima mensual, o una reducción en ciertos costos compartidos, si su empleador no le ofrece cobertura alguna o no le ofrece cobertura que se considera asequible para usted o cumple con las normas de valor mínimo. Si su participación del costo de la prima de todos los planes que se le ofrecen a través de su empleo es más del 9.12 %¹ de su ingreso familiar anual, o si la cobertura a través de su empleo no cumple con la norma de "valor mínimo" establecida por la Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio, puede ser elegible para un crédito fiscal y el pago por adelantado del crédito, si no se inscribe en la cobertura de salud basada en el empleo. Para los miembros de la familia del empleado, la cobertura se considera asequible si el costo de las primas del plan de menor costo que cubriría a todos los miembros de la familia no excede el 9.12 % de los ingresos del hogar del empleado.¹²

Nota: si compra un plan de salud a través del Mercado, en lugar de aceptar la cobertura de salud ofrecida a través de su empleo, entonces puede perder el acceso a todo lo que el empleador contribuya a la cobertura basada en el empleo. Además, esta contribución del empleador, así como la contribución de su empleado a la cobertura basada en el empleo, generalmente se excluye de los ingresos para efectos del impuesto sobre la renta federal y estatal. Sus pagos de cobertura a través del Mercado se realizan después de impuestos. Además, tenga en cuenta que, si la cobertura de salud ofrecida a través de su empleo no cumple con las normas de asequibilidad o valor mínimo, pero acepta esa cobertura de todos modos, no será elegible para un crédito fiscal. Debe considerar todos estos factores al determinar si debe comprar un plan de salud a través del Mercado.

¹ Indexado anualmente; consulte <https://www.irs.gov/pub/irs-drop/rp-22-34.pdf> para 2023.

² Un plan de salud patrocinado por el empleador o basado en el empleo cumple con la "norma de valor mínimo" si la participación del plan en los costos totales de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costos. A los efectos de la elegibilidad para el crédito fiscal para la prima, para cumplir con la "norma de valor mínimo", el plan de salud también debe proporcionar una cobertura sustancial tanto de los servicios hospitalarios como de los servicios médicos para pacientes hospitalizados.

¿Cuándo puedo inscribirme en una cobertura de seguro médico a través del Mercado?

Puede inscribirse en un plan de seguro médico del Mercado durante el Período de Inscripción Abierta anual del Mercado. La Inscripción Abierta varía según el estado, pero generalmente comienza el 1 de noviembre y continúa al menos hasta el 15 de diciembre.

Fuera del Período de Inscripción Abierta anual, puede inscribirse en un seguro médico si califica para un Período de Inscripción Especial. En general, usted califica para un Período de Inscripción Especial si ha tenido ciertos eventos de vida calificativos, como casarse, tener un bebé, adoptar un niño o perder la elegibilidad para otra cobertura de salud. Dependiendo de su tipo de Período de Inscripción Especial, es posible que tenga 60 días antes o 60 días después del evento de vida calificativo para inscribirse en un plan del Mercado.

También existe un Período de Inscripción Especial del Mercado para personas y sus familias que pierden la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés) a partir del 31 de marzo de 2023 hasta el 31 de julio de 2024. Desde el inicio de la emergencia de salud pública del COVID-19 a nivel nacional, las agencias estatales de Medicaid y CHIP generalmente no han cancelado la inscripción de ningún beneficiario de Medicaid o CHIP que estuviera inscrito a partir del 18 de marzo de 2020 hasta el 31 de marzo de 2023. A medida que las agencias estatales de Medicaid y CHIP reanuden las prácticas habituales de elegibilidad e inscripción, es posible que muchas personas ya no sean elegibles para la cobertura de Medicaid o CHIP a partir del 31 de marzo de 2023. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. **ofrece un período temporal de Inscripción Especial en el Mercado para permitir que estas personas se inscriban en la cobertura del Mercado.**

Las personas elegibles para el Mercado que viven en estados atendidos por HealthCare.gov y que envían una nueva solicitud o actualizan una solicitud existente en HealthCare.gov entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024, y dan fe de una fecha de terminación de la cobertura de Medicaid o CHIP dentro del mismo período, son elegibles para un Período de Inscripción Especial de 60 días. **Eso significa que, si pierde la cobertura de Medicaid o CHIP entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024, es posible que pueda inscribirse en la cobertura del Mercado dentro de los 60 días posteriores a la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP.** Además, si usted o los miembros de su familia están inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP, es importante asegurarse de que su información de contacto esté actualizada para asegurarse de recibir cualquier información sobre los cambios en su elegibilidad. Para obtener más información, visite HealthCare.gov o llame al Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-889-4325.

¿Qué pasa con las alternativas a la cobertura de seguro médico del Mercado?

Si usted o su familia son elegibles para la cobertura de un plan de salud basado en el empleo (como un plan de salud patrocinado por el empleador), usted o su familia también pueden ser elegibles para un Período de Inscripción Especial para inscribirse en ese plan de salud en ciertas circunstancias, incluso si usted o las personas a su cargo estaban inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP y perdieron esa cobertura. Generalmente, tiene 60 días después de la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP para inscribirse en un plan de salud basado en el empleo, pero si usted y su familia perdieron la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o CHIP entre el 31 de marzo de 2023 y el 10 de julio de 2023, puede solicitar esta inscripción especial en el plan de salud basado en el empleo hasta el 8 de septiembre de 2023. Confirme la fecha límite con su empleador o con su plan de salud basado en el empleo.

Alternativamente, puede inscribirse en la cobertura de Medicaid o CHIP en cualquier momento completando una solicitud a través del Mercado o solicitando directamente a través de su agencia estatal de Medicaid. Visite <https://www.healthcare.gov/medicaid-chip/getting-medicaid-chip/> para obtener más detalles.

¿Cómo puedo obtener más información?

Para obtener más información sobre la cobertura que ofrece a través de su empleo, consulte el Resumen de la descripción del plan de salud o comuníquese con
Justin Buckner

El Mercado puede ayudarlo a evaluar sus opciones de cobertura, incluida su elegibilidad para cobertura a través del Mercado y su costo. Visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) para obtener más información, incluida una solicitud en línea para cobertura de seguro médico e información de contacto de un Mercado de Seguros Médicos en su área.

PARTE B: Información sobre la cobertura de salud ofrecida por su empleador

Esta sección contiene información sobre cualquier cobertura de salud ofrecida por su empleador. Si decide completar una solicitud de cobertura en el Mercado, se le pedirá que proporcione esta información. Esta información está numerada según la solicitud del Mercado.

3. Nombre del empleador The RMR Group LLC	4. Número de identificación patronal (EIN) 04-3583787	
5. Dirección del empleador Two Newton Place 255 Washington Street	6. Número de teléfono del empleador 617-796-8176	
7. Ciudad Newton	8. Estado MA	9. Código postal 02458
10. ¿A quién podemos contactar sobre la cobertura de salud de los empleados en este trabajo? Justin Buckner		
11. Número de teléfono (si es diferente al anterior)	12. Dirección de correo electrónico Jbuckner@rmrgroup.com	

A continuación, se ofrece información básica sobre la cobertura de salud que ofrece este empleador:

- Como su empleador, ofrecemos un plan de salud para:
 Todos los empleados. Los empleados elegibles son:

- Algunos empleados. Los empleados elegibles son:

You are eligible to participate in The RMR Group's benefits program if you are a regular employee scheduled to work at least 21 hours per week.

- Respecto a los dependientes:
 Ofrecemos cobertura. Los dependientes elegibles son:

Your legally married spouse or domestic partner and your children up to age 26, or disabled children of any age.

- No ofrecemos cobertura.

- Si se marca, esta cobertura cumple con la norma de valor mínimo y el costo de esta cobertura para usted debe ser asequible, según los salarios de los empleados.

** Incluso si su empleador tiene la intención de que su cobertura sea asequible, aún puede ser elegible para un descuento en la prima a través del Mercado. El Mercado utilizará los ingresos de su hogar, junto con otros factores, para determinar si puede ser elegible para un descuento en la prima. Si, por ejemplo, sus salarios varían de una semana a otra (quizás es un empleado por horas o trabaja por comisión), si es nuevo empleado a mitad de año o si tiene otras pérdidas de ingresos, aún puede calificar para un descuento en la prima.

Si decide buscar cobertura en el Mercado, [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) lo guiará a través del proceso. Aquí está la información del empleador que ingresará cuando visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) para averiguar si puede obtener un crédito fiscal para reducir sus primas mensuales.

La siguiente información corresponde a la Herramienta de Cobertura del Empleador del Mercado. Completar esta sección es opcional para los empleadores, pero ayudará a garantizar que los empleados comprendan sus opciones de cobertura.

13. ¿El empleado es actualmente elegible para la cobertura ofrecida por este empleador o será elegible en los próximos 3 meses?

Sí (Continuar)

13a. Si el empleado no es elegible hoy, incluso como resultado de un período de espera o de prueba, ¿cuándo es elegible el empleado para la cobertura? _____ (mm/dd/aaaa) (Continuar)

No (DETÉNGASE y devuelva este formulario al empleado)

14. ¿Ofrece el empleador un plan de salud que cumpla con la norma de valor mínimo*?

Sí (Pase a la pregunta 15) No (DETÉNGASE y devuelva el formulario al empleado)

15. Para el plan de menor costo que cumple con la norma de valor mínimo* **ofrecido solamente al empleado** (no incluye planes familiares): Si el empleador tiene programas de bienestar, proporcione la prima que el empleado pagaría si recibiera el descuento máximo por cualquier programa para dejar de fumar y no recibiera ningún otro descuento basado en programas de bienestar.

a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado en primas por este plan? \$ _____

b. ¿Con qué frecuencia? Semanalmente Cada 2 semanas Dos veces al mes Mensualmente

trimestralmente

Anualmente

Si el año del plan termina pronto y sabe que los planes de salud ofrecidos cambiarán, pase a la pregunta 16. Si no lo sabe, DETÉNGASE y devuelva el formulario al empleado.

16. ¿Qué cambio hará el empleador para el nuevo año del plan? _____

El empleador no ofrecerá cobertura de salud

El empleador comenzará a ofrecer cobertura de salud a los empleados o cambiará la prima por el plan de menor costo disponible solo para el empleado que cumpla con la norma de valor mínimo.* (La prima debe reflejar el descuento para los programas de bienestar. Consulte la pregunta 15.)

a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado en primas por este plan? \$ _____

b. ¿Con qué frecuencia? Semanalmente Cada 2 semanas Dos veces al mes Mensualmente

Trimestralmente

Anualmente

* Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con la "norma de valor mínimo" si la participación del plan de los costos totales de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costos [Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código de Impuestos Internos de 1986]