

AVISOS LEGALES

Notas de Derechos Especiales de Inscripción

Si usted declina inscribirse o inscribir sus dependientes (incluyendo su cónyuge) porque tiene otro seguro de salud o cobertura de plan de salud de grupo, usted puede inscribirse e inscribir sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden su elegibilidad para la otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir para su cobertura o la de sus dependientes). Sin embargo, usted debe requerir la inscripción en los 30 días posteriores a que finalice su cobertura o la de sus dependientes (o después que el empleador deje de contribuir a su otra cobertura)

Además, si usted tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, usted puede inscribirse e inscribir a sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar su inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Aviso de Protección del Paciente

Su plan generalmente permite la designación de un proveedor de salud primario. Usted tiene el derecho para designar cualquier proveedor de cuidado de salud primario que participe en nuestra red que esté disponible para aceptarlo a usted o a los miembros de su familia. Para los niños, puede designar un pediatra como su proveedor de salud primario. Para información acerca de cómo seleccionar un proveedor de salud primario, y para obtener una lista de los proveedores de salud participantes, contacte al Departamento de Recursos Humanos.

Usted no necesita autorización previa de su plan o de ninguna otra persona (incluyendo a su proveedor de salud primario) con la finalidad de obtener acceso a cuidados ginecológicos u obstétricos de un proveedor de salud en nuestra red especializado en obstetricia o ginecología. Sin embargo, es posible que se le solicite al profesional de la salud que cumpla con ciertos procedimientos, incluida la obtención de autorización previa para ciertos servicios, para seguir un plan de tratamiento preaprobado, o procedimientos para hacer referencias. Para obtener una lista de los profesionales de salud especializados en obstetricia o ginecología, contacte al Departamento de Recursos Humanos.

Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer

¿Sabía que su plan, tal como lo requiere la ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer de 1998, provee beneficios para servicios relacionados con la mastectomía, incluyendo todas las etapas de reconstrucción y cirugía para alcanzar simetría entre las mamas, prótesis, y complicaciones resultantes de la mastectomía, incluyendo linfedema? Para solicitar más información llame al administrador de su plan.

Ley de Protección de Salud de la Madre y el Recién Nacido

Los planes de salud de grupo y los emisores de seguros de salud no pueden, de acuerdo con la ley Federal, restringir los beneficios para cualquier lapso de estadía de la madre o el recién nacido en el hospital en relación con el nacimiento a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o a menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe que el proveedor que atiende a la madre o al recién nacido, después de consultar con la madre, de a la madre o al recién nacido de alta antes de las 48 horas (o 96 horas) tal como sea el caso. En cualquier caso, los planes o emisores no pueden, bajo la ley Federal, requerir que un proveedor de salud obtenga autorización del plan o del emisor del seguro para prescribir un tiempo de estadía mayor a las 48 horas (o 96 horas).

Privacidad HIPAA

La ley requiere que su empleador tome los pasos razonables para asegurar la privacidad e informarle acerca de los usos de su información de salud protegida (PHI por sus siglas en inglés). El uso y la divulgación de PHI está regulado por la ley federal conocida como HIPAA (Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros de Salud). Una descripción completa de sus derechos de privacidad y protección está disponible para usted previa solicitud. Contacte al Departamento de Recursos Humanos para cualquier pregunta o para solicitar una copia de la nota de privacidad HIPAA completa.

AVISOS LEGALES

Aviso importante sobre su cobertura de medicamentos recetados y Medicare

Por favor lea esta notificación cuidadosamente y manténgala donde la encuentre. Esta notificación contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados y sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarle a decidir si desea o no inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si está pensando en afiliarse, debe comparar su cobertura actual, incluidos los medicamentos cubiertos y su coste, con la cobertura y los costes de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos con receta de Medicare en su zona. Al final de esta notificación encontrará información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos.

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

1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare estuvo disponible desde 2006 para todas las personas con Medicare. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare o se inscribe en un Plan Medicare Advantage (como una HMO o PPO) que ofrezca cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare proporcionan al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
2. Hemos determinado que se espera que la cobertura de medicamentos recetados ofrecida por el plan de salud, en promedio para todos los participantes del plan, pague tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y, por lo tanto, se considera cobertura acreditable. Debido a que su cobertura existente es Cobertura Acreditable, usted puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una penalidad) si luego decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

¿Cuándo puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

Usted puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare la primera vez que sea elegible para Medicare y cada año desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**.

No obstante, si pierde su actual cobertura válida de medicamentos recetados por causas ajenas a su voluntad, también podrá acogerse a un Período de Inscripción Especial (SEP, por sus siglas en inglés) de dos (2) meses para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

¿Qué ocurre con su cobertura actual si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su actual cobertura no se verá afectada. Su cobertura actual paga otros gastos de salud además de los medicamentos recetados. Si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare, usted y las personas a su cargo que reúnan los requisitos seguirán teniendo derecho a recibir todos sus beneficios actuales de salud y medicamentos recetados.

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y cancelar su cobertura actual (no puede cancelar su cobertura de medicamentos recetados **sin** cancelar su cobertura médica), tenga en cuenta que usted y sus dependientes pueden volver a inscribirse en el plan de beneficios durante un período de inscripción abierta según el plan de beneficios.

Recuerde: Conserve este aviso de Cobertura Acreditable. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que se le solicite una copia de este aviso cuando se inscriba para demostrar si ha mantenido o no una cobertura acreditable y, por lo tanto, si está obligado o no a pagar una prima más elevada (una penalidad).

¿Cuándo pagará una prima más alta (penalidad) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

También debe saber que si abandona o pierde su cobertura actual y no se inscribe en un plan Medicare de medicamentos dentro de los 63 días continuos posteriores a la finalización de su cobertura actual, puede pagar una prima más alta (una multa) para inscribirse en un plan Medicare de medicamentos más adelante.

Si pasa 63 días ininterrumpidos o más sin cobertura acreditable de medicamentos recetados, su prima mensual puede aumentar al menos un 1% de la prima básica de beneficiario de Medicare al mes por cada mes que no haya tenido esa cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima puede ser sistemáticamente al menos un 19% superior a la prima básica de beneficiario de Medicare. Es posible que tenga que pagar esta prima más alta (una penalidad) mientras tenga la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que tenga que esperar hasta el siguiente mes de noviembre para inscribirse.

Para más información sobre este aviso o su cobertura actual de medicamentos recetados...

Para más información, póngase en contacto con la persona indicada a continuación. NOTA: Recibirá este aviso cada año. También la obtendrá antes del próximo periodo en que pueda inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, y si cambia esta cobertura a través de su plan de salud actual. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para obtener más información sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare...

Encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados en el manual "Medicare y usted". Recibirá una copia del manual por correo todos los años de Medicare. También es posible que los planes de medicamentos de Medicare se pongan en contacto directamente con usted.

Para más información sobre la cobertura de medicamentos con receta de Medicare:

- Visite www.medicare.gov
- Llame al Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (consulte el número de teléfono en la contraportada de la guía "Medicare y usted") 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 ayuda adicional disponible para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite la página web de la Seguridad Social www.socialsecurity.gov, o llame al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

AVISOS LEGALES

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 la cobertura de salud de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia de prima que puede ayudar a pagar la cobertura, usando fondos de sus programas de Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, usted no será elegible para estos programas de asistencia de primas, pero usted puede comprar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros de Salud. Para mayor información, visite www.healthcare.gov.

Si usted o las personas a su cargo ya están inscritos en Medicaid o CHIP y viven en uno de los estados que se indican a continuación, póngase en contacto con la oficina de Medicaid o CHIP de su Estado para saber si hay ayuda para las primas.

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

Si usted o las personas a su cargo tienen derecho a la ayuda para el pago de primas de Medicaid o CHIP, así como al plan de su empresa, ésta debe permitirle inscribirse en el plan de su empresa si aún no está inscripto. Esto se denomina oportunidad de "inscripción especial" y **usted debe solicitar la cobertura en un plazo de 60 días desde que se determine que tiene derecho a la ayuda para las primas**. Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en el plan de su empresa, póngase en contacto con el Departamento de Trabajo en www.askebsa.dol.gov o llame al **1-866-444-EBSA (3272)**.

Si reside en uno de los siguientes estados, podría ser elegible para recibir ayuda para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de julio de 2025. Para obtener más información sobre la elegibilidad, comuníquese con su estado.

ALABAMA - Medicaid

Website: <http://myalhipp.com/>

Phone: 1-855-692-5447

ALASKA - Medicaid

The AK Health Insurance Premium Payment Program Website:

<http://myakhipp.com/>

Phone: 1-866-251-4861

Email: CustomerService@MyAKHIPP.com

Medicaid Eligibility: <http://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx>

ARKANSAS - Medicaid

Website: <http://myarhipp.com/>

Phone: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)

CALIFORNIA - Medicaid

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+)

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>

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

FLORIDA – Medicaid

Website: <https://www.flmedicaidtprecovery.com/flmedicaidtprecovery.com/hipp/index.html>

Phone: 1-877-357-3268

GEORGIA – 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

INDIANA - Medicaid

Health Insurance Premium Payment Program

All other Medicaid

Website: <http://www.in.gov/medicaid/>

<https://www.in.gov/fssa/dfr/>

Family and Social Services Administration

Phone: 1-800-403-0864

Member Services Phone: 1-800-457-4584

IOWA - Medicaid and CHIP (Hawki)

Medicaid Website: [iowa Medicaid | Health & Human Services](http://iowa.gov/health-human-services)

Medicaid Phone: 1-800-338-8366

Hawki Website: [Hawki - Healthy and Well Kids in Iowa | Health & Human Services](http://iowa.gov/healthy-well-kids)

Hawki Phone: 1-800-257-8563

HIPP Website: [Health Insurance Premium Payment \(HIPP\) | Health & Human Services \(iowa.gov\)](http://iowa.gov/health-insurance-premium-payment)

HIPP Phone: 1-888-346-9562

KANSAS - Medicaid

Website: <https://www.kancare.ks.gov/>

Phone: 1-800-792-4884

HIPP Phone: 1-800-967-4660

KENTUCKY - 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>

LOUISIANA - Medicaid

Website: www.medicicaid.la.gov or www.ldh.la.gov/lahipp

Phone: 1-888-342-6207 (Medicaid hotline) or 1-855-618-5488 (LaHIPP)

MAINE - Medicaid

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

MASSACHUSETTS - Medicaid AND CHIP

Website: <https://www.mass.gov/masshealth/pa>

Phone: 1-800-862-4840 TTY: 711

Email: masspremassistance@accenture.com

MINNESOTA - Medicaid

Website: <https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/>

Phone: 1-800-657-3672

AVISOS LEGALES

MISSOURI - Medicaid

Website: <http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm>
Phone: 573-751-2005

MONTANA - Medicaid

Website: <http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP>
Phone: 1-800-694-3084
Email: HSHSHIPPProgram@mt.gov

NEBRASKA - Medicaid

Website: <http://www.ACCESSNebraska.ne.gov>
Phone: (855) 632-7633
Lincoln: (402) 473-7000
Omaha: (402) 595-1178

NEVADA - Medicaid

Medicaid Website: <https://dhcnp.nv.gov>
Medicaid Phone: 1-800-992-0900

NEW HAMPSHIRE – Medicaid

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 15218
Email: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov

NEW JERSEY – Medicaid and CHIP

Medicaid Website: <https://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/>
Phone: 1-800-356-1561
CHIP Premium Assistance Phone: 609-631-2392
CHIP Website: <http://www.nifamilycare.org/index.html>
CHIP Phone: 1-800-701-0710 (TTY: 711)

NEW YORK – Medicaid

Website: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/
Phone: 1-800-541-2831

NORTH CAROLINA - Medicaid

Website: <https://medicaid.ncdhhs.gov/>
Phone: 919-855-4100

NORTH DAKOTA - Medicaid

Website: <https://www.hhs.nd.gov/healthcare>
Phone: 1-844-854-4825

OKLAHOMA - Medicaid and CHIP

Website: <http://www.insureoklahoma.org>
Phone: 1-888-365-3742

OREGON - Medicaid

Website: <http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx>
Phone: 1-800-699-9075

PENNSYLVANIA - Medicaid and CHIP

Website: <https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html>
Phone: 1-800-692-7462
CHIP Website: [Children's Health Insurance Program \(CHIP\) \(pa.gov\)](#)

CHIP Phone: 1-800-986-KIDS (5437)

RHODE ISLAND - Medicaid and CHIP

Website: <http://www.eohhs.ri.gov/>
Phone: 1-855-697-4347, or 401-462-0311 (Direct Rlte Share Line)

SOUTH CAROLINA - Medicaid

Website: <https://www.scdhhs.gov>
Phone: 1-888-549-0820

SOUTH DAKOTA - Medicaid

Website: <http://dss.sd.gov>
Phone: 1-888-828-0059

TEXAS - Medicaid

Website: [Health Insurance Premium Payment \(HIPP\) Program | Texas Health and Human Services](#)
Phone: 1-800-440-0493

UTAH - Medicaid and CHIP

Utah's Premium Partnership for Health Insurance (UPP) Medicaid
Website: <https://medicaid.utah.gov/upp/>
Email: upp@utah.gov
Phone: 1-888-222-2542
Adult Expansion Website: <https://medicaid.utah.gov/expansion/>
[Utah Medicaid Buyout Program Website: https://medicaid.utah.gov/buyout-program/](#)
CHIP Website: <https://chip.utah.gov/>

VERMONT - Medicaid

Website: [Health Insurance Premium Payment \(HIPP\) Program | Department of Vermont Health Access](#)
Phone: 1-800-250-8427

VIRGINIA - Medicaid and CHIP

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

Website: <https://www.hca.wa.gov/>
Phone: 1-800-562-3022

WEST VIRGINIA - Medicaid and CHIP

Website: <https://dhhr.wv.gov/bms/>
HIPP: <http://mywvhipp.com/>
Medicaid Phone: 304-558-1700
CHIP Toll-free phone: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)

WISCONSIN - Medicaid and CHIP

Website: <https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm>
Phone: 1-800-362-3002

WYOMING - Medicaid

Website: <https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/>
Phone: 1-800-251-1269 Phone: 1-800-251-1269

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

**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

Está recibiendo esta notificación porque recientemente obtuvo cobertura bajo un plan de salud grupal (el Plan). Este aviso contiene información importante sobre su derecho a la continuación de la cobertura de COBRA, que es una prórroga temporal de la cobertura del Plan. **Esta notificación explica la continuidad de la cobertura COBRA, cuándo puede estar disponible para usted y su familia, y lo que usted necesita hacer para proteger su derecho a obtenerla.** Cuando cumpla los requisitos para acogerse a COBRA, también podrá optar a otras opciones de cobertura que pueden costar menos que la continuación de la cobertura COBRA.

El derecho a la continuación de la cobertura COBRA fue creado por una ley federal, la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA). La continuación de la cobertura COBRA puede estar a su disposición y a la de otros miembros de su familia cuando, de otro modo, finalizaría la cobertura sanitaria colectiva. Si desea más información sobre sus derechos y obligaciones en virtud del Plan y de la legislación federal, consulte el Resumen de la Descripción del Plan o póngase en contacto con el administrador del Plan.

Es posible que disponga de otras opciones cuando pierda la cobertura de salud colectiva.

Por ejemplo, puede optar a comprar un plan individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Al inscribirse en la cobertura a través de la Marketplace, usted puede calificar para costos más bajos en sus primas mensuales y costos más bajos de su bolsillo. Además, puede optar a un periodo de inscripción especial de 30 días para otro plan de salud colectivo para el que reúna los requisitos (como el plan de su cónyuge), incluso si ese plan no suele aceptar inscripciones tardías.

¿Qué es la continuidad de la cobertura COBRA?

La continuación de la cobertura COBRA es la continuación de la cobertura del Plan cuando, de lo contrario, ésta finalizaría debido a un acontecimiento vital. Esto también se conoce como un “evento calificativo”. Los eventos calificativos específicos se enumeran más adelante en este aviso. Después de un evento calificativo, debe ofrecerse la continuidad de la cobertura COBRA a cada persona que sea “beneficiario calificado”. Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios calificados si se pierde la cobertura bajo el Plan debido al evento calificativo. En virtud del Plan, los beneficiarios calificados que eligen la continuación de la cobertura COBRA para la continuación de la cobertura COBRA.

Si usted es un empleado, se convertirá en un beneficiario calificado si pierde su cobertura bajo el Plan debido a los siguientes eventos calificativos:

- Sus horas de trabajo se reducen, o.
- Su empleo termina por cualquier razón que no sea una falta grave de conducta de su parte.

Si usted es cónyuge de un empleado, se convertirá en un beneficiario calificado si pierde su cobertura bajo el Plan debido a los siguientes eventos calificativos:

- Muere su cónyuge;
- Se reducen las horas de trabajo de su cónyuge;
- El empleo de su cónyuge finaliza por cualquier motivo que no sea su falta grave;
- Su cónyuge adquiere derecho a las prestaciones de Medicare (Parte A, Parte B o ambas); o
- Se divorcia o separa legalmente de su cónyuge.

Sus hijos a cargo se convertirán en beneficiarios calificados si pierden la cobertura del Plan a causa de los siguientes eventos calificativos:

- Fallece el progenitor-empleado;
- Se reducen las horas de trabajo del progenitor-empleado;
- El empleo del progenitor-empleado finaliza por cualquier motivo que no sea su falta grave;
- El progenitor-empleado adquiere el derecho a las prestaciones de Medicare (Parte A, Parte B o ambas);
- Los padres se divorcian o se separan legalmente; o
- El hijo deja de tener derecho a la cobertura del Plan como “hijo a cargo”.

¿Cuándo está disponible la continuación de la cobertura COBRA?

El Plan ofrecerá la continuidad de la cobertura COBRA a los beneficiarios calificados solo después de que se haya notificado al Administrador del Plan que se ha producido un evento calificativo. El empleador debe notificar al Administrador del Plan los siguientes eventos calificativos:

- El fin del empleo o la reducción de las horas de trabajo;
- Fallecimiento del empleado;
- Inicio de un procedimiento de quiebra con respecto al empleador, o
- El empleado obtiene derecho a los beneficios de Medicare (bajo la Parte A, Parte B o ambos).

Para todos los demás eventos calificativos (divorcio o separación legal del empleado y su cónyuge o que un hijo dependiente pierda su derecho a la cobertura como hijo dependiente), debe notificarlo al Administrador del Plan en los 60 días siguientes a que se produzca el evento calificativo.

¿Cómo se proporciona la continuidad de la cobertura COBRA?

Una vez que el administrador del plan reciba el aviso de que se ha producido un evento que reúne los requisitos, se ofrecerá la continuación de la cobertura COBRA a cada uno de los beneficiarios que reúnan los requisitos. Cada beneficiario calificado tendrá un derecho independiente a elegir la continuación de la cobertura COBRA. Los empleados cubiertos pueden elegir la

continuación de la cobertura COBRA en nombre de sus cónyuges, y los padres pueden elegir la continuación de la cobertura COBRA en nombre de sus hijos.

También hay formas de ampliar este periodo de 18 meses de continuación de la cobertura COBRA:

Prórroga por incapacidad del periodo de 18 meses de continuación de la cobertura COBRA

Si la Seguridad Social determina que usted o cualquier miembro de su familia cubierto por el Plan está incapacitado y lo notifica al administrador del Plan a tiempo, usted y toda su familia pueden tener derecho a obtener hasta 11 meses adicionales de cobertura continua COBRA, hasta un máximo de 29 meses. La discapacidad tendría que haber comenzado en algún momento antes del sexagésimo día de la continuación de la cobertura COBRA y debe durar al menos hasta el final del periodo de 18 meses de continuación de la cobertura COBRA.

Prórroga por segundo evento calificativo del período de cobertura de continuación de 18 meses.

Si su familia sufre otro evento calificativo durante los 18 meses de continuación de la cobertura COBRA, el cónyuge y los hijos dependientes de su familia pueden obtener hasta 18 meses adicionales de continuación de la cobertura COBRA, hasta un máximo de 36 meses, si se notifica debidamente al Plan el segundo evento calificativo. Esta prórroga puede estar disponible para el cónyuge y los hijos a cargo que obtengan la continuación de la cobertura COBRA si fallece el empleado o antiguo empleado; tiene derecho a los beneficios de Medicare (bajo la Parte A, Parte B o ambas); se divorcia o se separa legalmente; o si el hijo a cargo deja de reunir los requisitos del Plan como hijo a cargo. Esta extensión solo está disponible si el segundo evento calificativo hubiera hecho que el cónyuge o el hijo dependiente perdiera la cobertura del Plan si no se hubiera producido el primer hecho habilitante.

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

Sí. En lugar de inscribirse en la continuación de la cobertura COBRA, puede haber otras opciones de cobertura para usted y su familia a través del Mercado de Seguros Médicos, Medicare, Medicaid, el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés) u otras opciones de cobertura de planes de salud de grupo (como el plan de un cónyuge) a través de lo que se llama un "período de inscripción especial". Algunas de estas opciones pueden costar menos que la continuidad de la cobertura de COBRA. Puede obtener más información sobre muchas de estas opciones en www.healthcare.gov.

¿Puedo inscribirme en Medicare en lugar de continuar con la cobertura de COBRA después de que finalice mi cobertura de plan de salud grupal?

En general, si usted no se inscribe en la Parte A o B de Medicare cuando es elegible por primera vez porque todavía está empleado, después del periodo de inscripción inicial de Medicare, tiene un periodo de inscripción especial de 8 meses para inscribirse en la Parte A o B de Medicare, a partir de la fecha anterior de

- El mes después de que termine su empleo; o
- El mes después de que termine la cobertura del plan de salud grupal basada en el empleo actual.

Si usted no se inscribe en Medicare y elige la cobertura COBRA en su lugar, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte B y que tenga un vacío en la cobertura si decide que desea la Parte B más adelante. Si elige la continuación de la cobertura COBRA y posteriormente se inscribe en la Parte A o B de Medicare antes de que finalice la continuación de la cobertura COBRA, el Plan puede finalizar su continuación de la cobertura. Sin embargo, si la Parte A o B de Medicare es efectiva en o antes de la fecha de la elección de COBRA, la cobertura de COBRA no puede ser descontinuada debido al derecho de Medicare, aún si usted se inscribe en la otra parte de Medicare después de la fecha de la elección de la cobertura de COBRA.

Si usted está inscrito en la continuación de la cobertura de COBRA y Medicare, Medicare generalmente pagará primero (pagador primario) y la continuación de la cobertura de COBRA pagará segundo. Ciertos planes pueden pagar como si fueran secundarios a Medicare, incluso si usted no está inscrito en Medicare.

Para mayor información visite <https://www.medicare.gov/medicare-and-you>.

Si tiene alguna pregunta

Las preguntas relativas a su Plan o a sus derechos de continuidad de la cobertura COBRA deben dirigirse al contacto o contactos identificados a continuación. Para obtener más información sobre sus derechos en virtud de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA, por sus siglas en inglés), incluida COBRA, la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible y otras leyes que afectan a los planes de salud de grupo, póngase en contacto con la Oficina Regional o de Distrito de la Administración de Seguridad de los Beneficios de los Empleados (EBSA, por sus siglas en inglés) del Departamento de Trabajo de EE. UU. más cercana a su zona o visite www.dol.gov/ebsa. (Las direcciones y los números de teléfono de las oficinas regionales y distritales de EBSA están disponibles en el sitio web de EBSA.) Para mayor información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov.

Mantenga su Plan informado de los cambios de dirección

Para proteger los derechos de su familia, comunique al Administrador del Plan cualquier cambio de domicilio de los miembros de la familia. También debe conservar una copia, para sus registros, de cualquier notificación que envíe al Administrador del Plan.

AVISOS LEGALES



Cobertura del Mercado de Seguros Médicos Opciones y cobertura médica

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 %** 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.

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.

¿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.

AVISOS LEGALES



Cobertura del Mercado de Seguros Médicos Opciones y cobertura médica

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](https://www.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 ofrecida por su empleador, consulte la descripción resumida de su plan o comuníquese con su Departamento de Recursos Humanos.

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 médica que brinda su empleador

Esta sección incluye información sobre la cobertura médica que brinda su empleador. Si decide completar una solicitud de cobertura médica en el mercado, deberá brindar esta información. Esta información está enumerada de forma tal que coincida con la solicitud del mercado.

3. Nombre del empleador		4. Número de identificación del empleador (EIN, por sus siglas en inglés)	
5. Dirección del empleador		6. Número de teléfono del empleador	
7. Ciudad	8. Estado	9. Código postal	
10. ¿Con quién podemos comunicarnos en relación con la cobertura médica del empleado en este empleo?			
11. Número de teléfono (si difiere del que figura arriba)		12. Dirección de correo electrónico	

A continuación, encontrará información básica sobre la cobertura médica que brinda este empleador:

- Como su empleador, ofrecemos un plan de salud para los siguientes:

- Todos los empleados.
 Algunos empleados. Los empleados elegibles son los siguientes:

- En cuanto a los dependientes:

- Sí ofrecemos cobertura médica. Los dependientes elegibles son los siguientes:

- No ofrecemos cobertura médica.

- Si marca esta opción, esta cobertura médica cumple con la norma de valor mínimo. Asimismo, el costo de la cobertura se pretende que sea asequible para usted según los salarios de los empleados.

** Incluso si el objetivo de su empleador es brindarle cobertura asequible, es posible que sea elegible para obtener un descuento en la prima a través del mercado. El mercado utilizará el ingreso de su grupo familiar, junto con otros factores, para determinar si es elegible para recibir un descuento en la prima. Si, por ejemplo, sus salarios varían de una semana a la otra (tal vez es un empleado por hora o trabaja con comisiones), si fue contratado recientemente a mitad de año o si tiene otras pérdidas de ingreso, aún así es posible que reúna los requisitos para recibir un descuento en la prima.

Si decide adquirir cobertura a través del mercado, visite CuidadoDeSalud.gov para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo. Aquí encontrará la información del empleador que debe ingresar cuando visita CuidadoDeSalud.gov para saber si puede obtener un crédito tributario para reducir las primas mensuales.

AVISOS LEGALES

Sus derechos y protecciones frente a Facturación Médica Sorpresa

Cuando recibe atención de urgencia o lo atiende un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio de la red, está protegido frente a la facturación sorpresa o de saldo.

¿Qué es la “facturación de saldo” (a veces llamada “facturación sorpresa”)?

Cuando acude a un médico u otro profesional sanitario, puede tener que pagar determinados gastos de su bolsillo, como un copago, un coseguro y/o una franquicia. Puede tener otros gastos o tener que pagar la factura completa si consulta a un proveedor o acude a un centro de atención médica que no pertenece a la red de su plan de salud.

Por “fuera de la red” se entiende los proveedores y centros que no han firmado un contrato con su plan de salud. Los proveedores fuera de la red pueden facturarle la diferencia entre lo que su plan acordó pagar y el monto total cobrado por un servicio. Esto se llama “facturación de saldo”. Es probable que este importe sea superior a los costos dentro de la red por el mismo servicio y podría no contar para el límite anual de gastos de su bolsillo.

La “facturación sorpresa” es una factura de saldo inesperada. Esto puede ocurrir cuando usted no puede controlar quién interviene en su atención, como cuando tiene una urgencia o cuando programa una visita en un centro de la red pero inesperadamente lo atiende un proveedor fuera de la red.

Está protegido contra la facturación de saldo por:

Servicios de emergencias

Si tiene una urgencia médica y recibe servicios de urgencia de un proveedor o centro fuera de la red, lo máximo que el proveedor o centro puede facturarle es el monto de la participación en los gastos dentro de la red de su plan (como copagos y coseguro). No se le puede facturar el saldo de estos servicios de urgencia. Esto incluye los servicios que pueda recibir después de estar estable, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones para que no se le facturen de forma equilibrada estos servicios posteriores a la estabilización.

Determinados servicios en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio de la red

Cuando recibe servicios de un hospital o centro quirúrgico ambulatorio de la red, algunos proveedores pueden estar fuera de la red. En estos casos, lo máximo que pueden facturarle esos proveedores es el monto de participación en los gastos dentro de la red de su plan. Esto se aplica a los servicios de medicina de urgencias, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, cirujano asistente, hospitalista o intensivista. Estos proveedores no pueden facturarle el saldo y no pueden pedirle que renuncie a sus protecciones para que no le facturen el saldo.

Si recibe otros servicios en estos centros de la red, los proveedores de fuera de la red no pueden facturarle el saldo, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones.

Nunca tendrás que renunciar a tus protecciones frente a la facturación de saldo. Tampoco está obligado a recibir asistencia fuera de la red. Puede elegir un proveedor o centro de la red de su plan.

Cuando no se permite la facturación de saldo, también tiene las siguientes protecciones:

- Usted sólo es responsable de pagar su parte del costo (como los copagos, el coseguro y las franquicias que pagaría si el proveedor o el centro estuvieran dentro de la red). Su plan de salud pagará directamente a los proveedores y centros fuera de la red.
- Por lo general, su plan de salud debe:
 - Cubrir los servicios de urgencia sin exigirle la aprobación previa de los servicios (autorización previa).
 - Cubrir los servicios de urgencia prestados por proveedores fuera de la red.
 - Base lo que debe al proveedor o centro (gastos compartidos) en lo que pagaría a un proveedor o centro de la red y muestre ese importe en su explicación de prestaciones.
 - Cuente cualquier cantidad que pague por servicios de urgencia o servicios fuera de la red para su deducible y límite de gastos de su bolsillo.

Si cree que le han facturado indebidamente, puede ponerse en contacto con la entidad responsable de hacer cumplir las leyes federales y/o estatales de protección de saldos o facturación sorpresa. Visite <https://www.commonwealthfund.org/publications/maps-and-interactives/2022/feb/map-no-surprises-act#map> para obtener información y ver el Mapa de la Ley Sin Sorpresas.

Para obtener más información sobre el impacto de la Ley Sin Sorpresas en los consumidores, incluido cómo presentar quejas, consulte la página de [Preguntas frecuentes de los consumidores sobre la Ley Sin Sorpresas](#) de los Centros de Medicaid y Servicios de Medicaid.

Visite <https://www.cms.gov/nosurprises/policies-and-resources/overview-of-rules-fact-sheets> para obtener más información sobre los derechos que le otorga la ley federal.

Visite <https://www.ncsl.org/health/surprise-and-balance-billing-state-policy-options> para obtener más información sobre sus derechos según la ley estatal.

Para ponerse en contacto con los reguladores estatales en relación con la Ley Sin Sorpresas, [haga clic aquí](#) para consultar los sitios web de las agencias.

El contenido de este documento no tiene fuerza de ley y no pretende vincular al público en modo alguno, a menos que se incorpore específicamente a un contrato. Este documento sólo pretende aclarar al público los requisitos legales vigentes.