



AVISOS IMPORTANTES DEL PLAN DE SALUD ANUAL

CONTENIDO

Los Derechos de Inscripción Especial	1
Los Participantes del plan tienen derecho a ciertos derechos de inscripción especiales fuera del período de inscripción abierto de la Compañía. Este Aviso proporciona la información durante períodos de inscripción especiales para la pérdida de la cobertura previa o la adición de un nuevo dependiente.	
Ley de Protección de la Salud de Madres y Recién Nacidos (NMHPA)	1
Este Aviso explica provisiones del tiempo de hospitalización Federales y estatales para recién nacidos y madres.	
Ley de Derechos de Salud y Cáncer de las Mujeres (WHCRA)	1
Este Aviso informa a los participantes sobre los beneficios que cubren mastectomías y servicios relacionados y cómo obtener información detallada sobre los beneficios disponibles.	
Ley ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA)	1
Aviso a "los beneficiarios elegibles" del derecho a adquirir la ampliación temporal de cobertura médica de grupo cuando la cobertura se pierde debido a un evento calificador y otras opciones de cobertura como a través del mercado de seguros médicos.	
Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de Los Servicios Uniformados (USERRA)	4
Este Aviso es una Ley federal destinada para asegurar que las personas que sirven o han servido en las Fuerzas armadas, Reserva, Guardia Nacional u otros Servicios uniformados tengan derechos de protección laboral que voluntariamente o involuntariamente dejan puestos de empleo para realizar su servicio.	
Asistencia con las primas bajo Medicaid y el Programa de Seguro de Salud Para Menores (CHIP)	5
Informa a los empleados sobre la posible asistencia financiera estatal para la cobertura de seguro de salud.	
Protección Del Paciente – Designación de Atención Primaria (HMO)	9
Informa a los participantes que pueden designar a un pediatra como proveedor de atención primaria.	
Protección del Paciente – Obstetricia y Cuidado Ginecológico (HMO)	9
Informa a los participantes que no se requiere ninguna referencia para ver a un proveedor de obstetricia-ginecología.	
Plan de Salud de Derechos Adquiridos	9
Aviso que revela que el Plan es Grandfathered e incluye la información de contacto.	
Notificación de prácticas de privacidad de la HIPAA	10
Este Aviso describe cómo se puede usar y divulgar información médica sobre usted y cómo puede obtener acceso a esta información. También describe cómo se puede usar o divulgar su información de salud protegida para llevar a cabo un tratamiento, pago u operación de atención médica o para cualquier propósito permitido o exigido por la ley.	

Aviso: Los Derechos de Inscripción Especial

Si está rechazando la inscripción para usted o sus dependientes (incluyendo a su cónyuge) por otro seguro de salud o cobertura de plan de salud grupal, podrá inscribirse usted y sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador dejó de contribuir a esa otra cobertura de sus dependientes). Sin embargo, usted debe solicitar la inscripción dentro de 30 días después de que su cobertura o la cobertura de sus dependientes termine (o después de que el empleador deje de contribuir hacia la otra cobertura). Además, si usted tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, podrá inscribirse usted y sus dependientes. Sin embargo, usted debe solicitar la inscripción dentro de 30 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción. Para solicitar la inscripción especial u obtener más información, consulte la información de contacto al final de estos avisos.

Un derecho especial de inscripción también surge para los empleados y sus dependientes que pierden la cobertura de un Programa estatal de seguro médico para niños (CHIP) o Medicaid, o que son elegibles para recibir asistencia con la prima de esos programas. El empleado o dependiente debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la pérdida de cobertura o la determinación de elegibilidad para recibir asistencia con la prima.

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

Planes de salud grupal y los emisores de seguros de salud generalmente no pueden, bajo la ley Federal, restringir beneficios para cualquier estadía hospitalaria en relación con el parto de la madre o el niño recién nacido en menos de 48 horas después de un parto vaginal, o menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley Federal generalmente no prohíbe al proveedor médico de la madre o del recién nacido, después de consultar con la madre, de darle al alta a la madre o a su recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas según sea el caso). En cualquier caso, los planes y los emisores no podrán, bajo ley Federal, exigir que un proveedor obtenga autorización del plan o el emisor para prescribir una duración de estadía no superior a 48 horas (o 96 horas).

Aviso: Ley de Derechos de Salud y Cáncer de las Mujeres (WHCRA)

¿Sabía que su plan, según es requerido por la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de las Mujeres de 1998, brinda beneficios para servicios relacionados con la mastectomía, incluyendo la reconstrucción y la cirugía para lograr la simetría entre los senos, las prótesis y complicaciones resultantes de una mastectomía (incluyendo linfedema)? Para obtener más información, consulte la información de contacto al final de estos avisos.

Aviso: Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (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 COBRA deben pagar 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; or
- el hecho de que el empleado adquiera el derecho a recibir los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas).

Para todos los otros eventos específicos (divorcio o separación legal del empleado y el cónyuge, o hijo dependiente que pierde la elegibilidad para la cobertura como hijo dependiente), debe avisarle al administrador del Plan en los 60 días posteriores a que se produzca el evento habilitante. Usted debe proporcionar este aviso a la persona de contacto que se muestra al final de estos avisos.

¿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.

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 para inscribirse en Medicare Parte A o B, que comienza cuando ocurre lo primero de lo siguiente:

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

Si elige la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) y desea inscribirse en Medicare Parte B después de que finalice su cobertura de continuación, es posible que tenga que pagar una penalidad por inscripción tardía. Si se inscribe inicialmente en Medicare Parte A o B después de elegir la cobertura de continuación COBRA, el plan puede terminar su cobertura de continuación (sin embargo, si Medicare Parte A o B entra en vigencia en la fecha de la elección de COBRA o

antes de esta fecha, la cobertura de COBRA no se puede discontinuar debido al derecho a Medicare, incluso si la persona se inscribe en la otra parte de Medicare después de la fecha de la elección de la cobertura de COBRA).

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

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 al final de estos avisos. 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 del 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 del 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.

Aviso: Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados (USERRA)

Según la Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados 1994 (USERRA, por sus siglas en inglés), los empleados cuentan con amplia protección en términos de su recontractación en cumplimiento del servicio militar.

Derechos de recontractación

Usted tiene el derecho a ser recontractado en su empleo civil si deja ese trabajo para brindar servicios en el servicio uniformado y:

- Usted se asegura de que su empleador reciba por adelantado el aviso por escrito o verbal de su servicio;
- usted tiene cinco años o menos de servicio acumulativo en los servicios uniformados, con ese empleador particular;
- usted regresa al trabajo o solicita la recontractación de manera oportuna después de la conclusión del servicio; y
- usted no se ha separado del servicio con una descarga de descalificación o bajo otras condiciones deshonorables.

Si usted es elegible para ser recontractado, debe ser restituido al trabajo y recibir los beneficios que hubiera alcanzado si no hubiera estado ausente debido al servicio militar o, en algunos casos, a un trabajo comparable.

Derecho a estar libre de discriminación y represalias

Si usted:

- es un miembro pasado o presente de los servicios uniformados;
- ha solicitado ser miembro de los servicios uniformados; o
- está obligado a servir en los servicios uniformados;

Un empleador no podrá negarle:

- empleo inicial;
- reempleo;
- mantenimiento en el empleo;
- promoción; o
- cualquier beneficio de empleo

Debido a esa condición.

Además, un empleador no puede tomar represalias contra alguien ayudando en el cumplimiento de los derechos USERRA, incluyendo testificando o haciendo una declaración en relación con un procedimiento bajo USERRA, incluso si esa persona no tiene ninguna conexión de servicio.

Protección de seguro de salud

- » Si deja su trabajo para realizar el servicio militar, usted tiene el derecho a optar por continuar su cobertura de plan de salud con su empleador actual para usted y sus dependientes hasta por 24 meses durante su servicio militar.
- » Incluso si no opta por continuar la cobertura durante su servicio militar, usted tiene el derecho a ser reintegrado en el plan de salud de su empleador cuando usted es recontratado, generalmente sin períodos de espera o exclusiones (por ejemplo, las exclusiones de condición preexistente) excepto para las enfermedades o lesiones relacionadas con el servicio.

Aplicación

- » El Departamento de Trabajo de Estados Unidos, Servicio de Formación y Empleo de Veteranos (VETS) está autorizado a investigar y resolver quejas de violaciones USERRA.
- » Para asistencia en la presentación de una queja, o para cualquier otra información sobre USERRA, póngase en contacto con VETS al (866) 4-USA-DOL o visite su sitio web en <http://www.dol.gov/agencies/vets>. Un asesor de USERRA interactivo en línea puede consultarse en <https://webapps.dol.gov/elaws/vets/userra/>.
- » Si usted presenta una queja a VETS y VETS es incapaz de resolverla, usted puede solicitar que su caso sea referido al Departamento de Justicia o la Oficina Del Consejero Especial, según corresponda, para la representación.
- » También puede omitir el proceso de los VETS y entablar una acción civil contra un empleador por violaciones del USERRA.

Aviso: 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 **(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 **(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 julio de 2023. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad.

ALABAMA – MEDICAID	COLORADO – HEALTH FIRST COLORADO (PROGRAMA MEDICAID DE COLORADO) Y CHILD HEALTH PLAN PLUS (CHP+)
<p>Sitio web: http://www.myalhipp.com Teléfono: (855) 692-5447</p>	<p>Sitio web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/es Centro de atención al cliente de Health First Colorado: (800) 221-3943 / retransmisor del estado: 711 CHP+: https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus Atención al cliente de CHP+: (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: (855) 692-6442</p>
ALASKA – MEDICAID	FLORIDA – MEDICAID
<p>El Programa de Pago de Alaska primas del seguro Médico Sitio web: http://myakhipp.com Teléfono: (866) 251-4861 Por correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad de Medicaid: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx</p>	<p>Sitio web: https://www.flmedicaidtplrecovery.com/flmedicaidtplrecovery.com/hipp/index.html Teléfono: (877) 357-3268</p>
ARKANSAS – MEDICAID	GEORGIA – MEDICAID
<p>Sitio web: http://myarhipp.com Teléfono: (855) MyARHIPP (692-7447)</p>	<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>
CALIFORNIA – MEDICAID	INDIANA – MEDICAID
<p>Sitio web: Pago de la Prima del Seguro de Salud (HIPP) Programa http://dhcs.ca.gov/hipp Teléfono: (916) 445-8322 Fax: (916) 440-5676 Por correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov</p>	<p>Healthy Indiana Plan para adultos de bajos ingresos 19-64 Sitio web: http://www.in.gov/fssa/hip Teléfono: (877) 438-4479 Todos los demás Medicaid Sitio web: https://www.in.gov/medicaid/ Teléfono: (800) 457-4584</p>

IOWA – MEDICAID Y CHIP (HAWKI)	MASSACHUSETTS – MEDICAID Y CHIP
<p>Sitio web de Medicaid: https://dhs.iowa.gov/ime/members Teléfono de Medicaid: (800) 338-8366 Sitio web de Hawki: http://dhs.iowa.gov/Hawki Teléfono de Hawki: (800) 257-8563 Sitio web de HIPP: https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp Teléfono de HIPAA: (888) 346-9562</p>	<p>Sitio web: https://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: (800) 862-4840 TTY: 711</p>
KANSAS – MEDICAID	MINNESOTA – MEDICAID
<p>Sitio web: https://www.kancare.ks.gov/ Teléfono: (800) 792-4884 Teléfono de HIPP: (800) 967-4660</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: (800) 657-3739</p>
KENTUCKY – MEDICAID	MISSOURI – MEDICAID
<p>Sitio web del Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP): https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Teléfono: (855) 459-6328 Por correo electrónico: KIHIPP.PROGRAM@ky.gov Sitio web de KCHIP: https://kidshealth.ky.gov/es/Pages/default.aspx Teléfono: (877) 524-4718 Sitio web de Medicaid de Kentucky: https://chfs.ky.gov/agencies/dms</p>	<p>Sitio web: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: (573) 751-2005</p>
LOUISIANA – MEDICAID	MONTANA – MEDICAID
<p>Sitio web: www.medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp Teléfono: (888) 342-6207 (línea directa de Medicaid) o (855) 618-5488 (LaHIPP)</p>	<p>Sitio web: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: (800) 694-3084 Por correo electrónico: HSHIPPProgram@mt.gov</p>
MAINE – MEDICAID	NEBRASKA – MEDICAID
<p>Sitio web por inscripción: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US Teléfono: (800) 442-6003 TTY: Relé Maine 711 Página Web por primos de seguro de salud privado: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: (800) 977-6740 TTY: Relé Maine 711</p>	<p>Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: (855) 632-7633 Lincoln: (402) 473-7000 Omaha: (402) 595-1178</p>

NEVADA – MEDICAID	OKLAHOMA – MEDICAID Y CHIP
Sitio web de Medicaid: http://dhcnp.nv.gov Teléfono de Medicaid: (800) 992-0900	Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: (888) 365-3742
NUEVO HAMPSHIRE – MEDICAID	OREGON – MEDICAID
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: (800) 852-3345 Ext. 5218	Sitio web: https://cuidadodesalud.oregon.gov/Pages/index.aspx Teléfono: (800) 699-9075
NUEVA JERSEY – MEDICAID Y CHIP	PENSILVANIA – MEDICAID Y CHIP
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: (800) 701-0710	Sitio web: https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Program.aspx Teléfono: (800) 692-7462 Sitio web de CHIP: Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) (pa.gov) Teléfono de CHIP: (800) 986-JIDS (5437)
NUEVA YORK – MEDICAID	RHODE ISLAND – MEDICAID Y CHIP
Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: (800) 541-2831	Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: (855) 697-4347 o (401) 262-0311 (Direct Rita Share Line)
CAROLINA DEL NORTE – MEDICAID	TEXAS – MEDICAID
Sitio web: http://medicaid.ncdhhs.gov/ Teléfono: (919) 855-4100	Sitio web: https://www.hhs.texas.gov/es/servicios/finanzas/programa-de-pago-de-las-primas-del-seguro-medico Teléfono: (800) 440-0493
DAKOTA DEL NORTE – MEDICAID	UTAH – MEDICAID Y CHIP
Sitio web: http://www.hhs.nd.gov/healthcare Teléfono: (844) 854-4825	Sitio web de Medicaid: https://medicaid.utah.gov/spanish-language Sitio web de CHIP: https://chip.health.utah.gov/espanol/ Teléfono: (877) 543-7669
CAROLINA DEL SUR – MEDICAID	VERMONT – MEDICAID
Sitio web: www.scdhhs.gov Teléfono: (888) 549-0820	Sitio web: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Department of Vermont Health Access Teléfono: (800) 250-8427

DAKOTA DEL SUR – MEDICAID Y CHIP	VIRGINIA – MEDICAID Y CHIP
Sitio web: http://dss.sd.gov Teléfono: (888) 828-0059	Sitio web de: 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: (800) 432-5924
WASHINGTON – MEDICAID	WISCONSIN – MEDICAID Y CHIP
Sitio web: http://www.hca.wa.gov Teléfono: (800) 562-3022	Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: (800) 362-3002
WEST VIRGINIA – MEDICAID Y CHIP	WYOMING – MEDICAID
Sitio web: https://dhr.wv.gov/bms/ http://mywvhipp.com/ Teléfono de Medicaid: (304) 558-1700 Teléfono gratuito de CHIP: (855) MyWVHIPP (699-8447)	Sitio web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibilidad/ Teléfono: (800) 251-1269

Para saber si otros estados han agregado el programa de asistencia con primas desde el 1 de julio de 2023, 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
 (866) 444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.
 Centros para Servicios de Medicare y Medicaid
www.cms.hhs.gov
 (877) 267-2323, opción de menú 4, Ext. 61565

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

AVISO (SOLO APLICABLE A PLANES DE SALUD GRUPAL HMO): Protección Del Paciente – Designación de Atención Primaria (HMO)

Su plan de salud grupal generalmente requiere la designación de un proveedor de cuidado primario. Usted tiene derecho a designar a cualquier proveedor de cuidado primario que participa en nuestra red y que está disponible para aceptar a usted o a los miembros de su familia. Hasta que usted hace esta designación, la aseguradora de salud designa uno para usted. Para obtener información sobre cómo seleccionar un proveedor de cuidado primario y para obtener una lista de los proveedores participantes de atención primaria, vea la información de contacto al final de estos avisos.

AVISO (SOLO APLICABLE A PLANES DE SALUD GRUPAL HMO): Protección del paciente, cuidados de obstetricia y ginecológicos (HMO)

No necesita autorización previa de su plan de salud grupal o de cualquier otra persona (incluyendo un proveedor de cuidado primario) para obtener acceso a cuidados obstétricos o ginecológicos de un profesional del cuidado médico en nuestra red que se especializa en obstetricia o ginecología. Sin embargo, puede ser necesario que el profesional del cuidado médico tenga que cumplir con ciertos procedimientos, incluyendo la obtención de una autorización previa para determinados servicios,

siguiendo un plan de tratamiento aprobado previamente, o los procedimientos para hacer referencias. Para una lista de participantes profesionales del cuidado médico especializados en obstetricia o ginecología, consulte la información de contacto al final de estos avisos.

Aviso: Plan de salud de derechos adquiridos

Este plan de salud grupal o seguro de salud cree que este plan es un "plan de salud de derechos adquiridos" en virtud de la Ley de protección de pacientes y cuidado de salud de bajo precio (la Ley de cuidado de salud de bajo precio). Según permitido por la Ley de Cuidado de Salud de Bajo Precio, un plan de salud de derechos adquiridos puede preservar cierta cobertura de salud básica ya vigente cuando se promulgó dicha ley. Ya que este es un plan de salud de derechos adquiridos, esto significa que el mismo podrá no incluir ciertas protecciones al consumidor de la Ley de Cuidado de Salud de Bajo Precio que corresponden para otros planes; por ejemplo, la exigencia de proveer servicios preventivos de salud sin costo compartido. Sin embargo, los planes de salud de derechos adquiridos deben cumplir con ciertas otras protecciones al consumidor en la Ley de Cuidado de Salud de Bajo Precio; por ejemplo, la eliminación de límites de por vida en los beneficios.

Dirija al administrador del plan sus preguntas acerca de qué protecciones corresponden y cuáles no corresponden para un plan de salud de derechos adquiridos y qué puede hacer que un plan deje de ser un plan de salud de derechos adquiridos. Usted también puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios para el Empleado, Departamento de Trabajo de EE. UU., al (866) 444-3272 o en www.dol.gov/ebsa/healthreform. Este sitio web contiene una tabla con un resumen de qué protecciones corresponden y cuáles no corresponden para planes de salud de derechos adquiridos.

Aviso: Notificación de prácticas de privacidad de la HIPAA

Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Esta notificación describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica, y cómo puede acceder usted a esta información. **Revísela con cuidado.**

Sus derechos	<p>Usted cuenta con los siguientes derechos:</p> <ul style="list-style-type: none">❖ Obtener una copia de su historial médico y de reclamos.❖ Corregir en papel o en formato electrónico su historial médico.❖ Solicitar comunicación confidencial.❖ Pedirnos que limitemos la información que compartimos.❖ Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información.❖ Obtener una copia de esta notificación de privacidad.❖ Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos de privacidad.
---------------------	---

Sus opciones	<p>Tiene algunas opciones con respecto a la manera en que utilizamos y compartimos información cuando:</p> <ul style="list-style-type: none">❖ Respondemos las preguntas de cobertura de su familia y amigos.❖ Proporcionamos alivio en caso de una catástrofe.❖ Comercializamos nuestros servicios y vendemos su información.
---------------------	---

Nuestros usos y divulgaciones	<p>Podemos utilizar y compartir su información cuando:</p> <ul style="list-style-type: none">❖ Ayudamos a administrar el tratamiento de atención médica que usted recibe.❖ Dirigimos nuestra organización.❖ Pagamos por sus servicios médicos.❖ Administramos su plan médico.❖ Ayudamos con asuntos de seguridad y salud pública.
--------------------------------------	--

- ❖ Realizamos investigaciones médicas.
- ❖ Cumplimos con la ley.
- ❖ Respondemos a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajamos con un médico forense o director funerario.
- ❖ Tratamos la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales.
- ❖ Respondemos a demandas y acciones legales.

Sus derechos

Quando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos.

Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

Recibir una copia de su historial médico y de reclamos

- ❖ Puede solicitar que le muestren o le entreguen una copia de su historial médico y reclamos y otra información médica que tengamos de usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- ❖ Le entregaremos una copia o un resumen de su historial médico y de reclamos, generalmente dentro de 30 días de su solicitud. Podemos cobrar un cargo razonable en base al costo.

Solicitar que corrijamos el historial médico y de reclamos

- ❖ Puede solicitar que corrijamos su historial médico y de reclamos si piensa que dichos historiales son incorrectos o están incompletos. Pregúntenos cómo hacerlo.
- ❖ Podemos decir “no” a su solicitud, pero le daremos una razón por escrito dentro de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- ❖ Puede solicitar que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono particular o laboral) o que enviemos la correspondencia a una dirección diferente.
- ❖ Consideraremos todas las solicitudes razonables y debemos decir “sí” si nos dice que estaría en peligro si no lo hacemos.

Solicitar que limitemos lo que utilizamos o compartimos

- ❖ Puede solicitar que no utilicemos ni compartamos determinada información médica para el tratamiento, pago o para nuestras operaciones.
- ❖ No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir “no” si esto afectara su atención.

Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

- ❖ Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años previos a la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué.
- ❖ Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como cualquiera de las que usted nos haya solicitado hacer). Le proporcionaremos un informe gratis por año pero cobraremos un cargo razonable en base al costo si usted solicita otro dentro de los 12 meses.

Obtener una copia de esta notificación de privacidad

- ❖ Puede solicitar una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, incluso si acordó recibir la notificación de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

Elegir a alguien para que actúe en su nombre

- ❖ Si usted le ha otorgado a alguien la representación médica o si alguien es su tutor legal, aquella persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- ❖ Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

Presentar una queja si considera que se

- ❖ Si considera que hemos violado sus derechos, puede presentar una queja comunicándose con nosotros por medio de la información de la página 1.

violaron sus derechos

- ❖ Puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos enviando una carta a: Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al (800) 368-1019 o visitando <https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/spanish/index.html>, los últimos dos disponibles en español.
- ❖ No tomaremos represalias en su contra por la presentación de una queja.

Sus opciones

Para determinada información médica, puede decirnos sus decisiones sobre qué compartimos.

Si tiene una preferencia clara de cómo compartimos su información en las situaciones descritas debajo, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de pedirnos que:

- ❖ Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su atención.
- ❖ Compartamos información en una situación de alivio en caso de una catástrofe.

Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si se encuentra inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es para beneficio propio. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.

En estos casos, nunca compartiremos su información a menos que nos entregue un permiso por escrito:

- ❖ Propósitos de mercadeo.
- ❖ Venta de su información.

Nuestros usos y divulgaciones

Por lo general, ¿cómo utilizamos o compartimos su información médica?

Por lo general, utilizamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

Ayudar a administrar el tratamiento de atención médica que usted recibe

- ❖ Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.

Ejemplo: Un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos organizar los servicios adicionales.

Dirigir nuestra organización

- ❖ Podemos utilizar y divulgar su información para dirigir nuestra organización y comunicarnos con usted cuando sea necesario.
- ❖ **No se nos permite utilizar información genética para decidir si le proveemos cobertura y el precio de dicha cobertura.** Esto no se aplica a los planes de atención a largo plazo.

Ejemplo: Utilizamos su información médica para ofrecerle mejores servicios.

Pagar por sus servicios médicos

- ❖ Podemos utilizar y divulgar su información médica cuando pagamos por sus servicios médicos.

Ejemplo: Compartimos su información con su plan dental para coordinar el pago por su trabajo dental.

Administrar su plan

- ❖ Podemos divulgar su información médica a su patrocinador del plan médico para la administración del plan.

Ejemplo: Su compañía nos contrata para proveer un plan médico, y nosotros le proporcionamos a su compañía determinadas estadísticas para explicar las primas que cobramos.

¿De qué otra manera podemos utilizar o compartir su información médica?

Se nos permite o exige compartir su información de otras maneras (por lo general, de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública e investigaciones médicas). Tenemos que reunir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información con dichos propósitos. Para más información, visite: <https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/spanish/index.html>, disponible en español.

Podemos compartir su información médica en determinadas situaciones, como:

Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad

- ❖ Prevención de enfermedades.
- ❖ Ayuda con el retiro de productos del mercado.
- ❖ Informe de reacciones adversas a los medicamentos.
- ❖ Informe de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- ❖ Prevención o reducción de amenaza grave hacia la salud o seguridad de alguien.

Realizar investigaciones médicas

- ❖ Podemos utilizar o compartir su información para investigación de salud.

Cumplir con la ley

- ❖ Podemos compartir su información si las leyes federales o estatales lo requieren, incluyendo compartir la información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si éste quiere comprobar que cumplimos con la Ley de Privacidad Federal.

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un médico forense o director funerario

- ❖ Podemos compartir su información médica con las organizaciones de procuración de órganos.
- ❖ Podemos compartir información médica con un oficial de investigación forense, médico forense o director funerario cuando un individuo fallece.

Tratar la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales

Podemos utilizar o compartir su información médica:

- ❖ En reclamos de compensación de trabajadores.
- ❖ A los fines de cumplir con la ley o con un personal de las fuerzas de seguridad.
- ❖ Con agencias de supervisión sanitaria para las actividades autorizadas por ley.
- ❖ En el caso de funciones gubernamentales especiales, como los servicios de protección presidencial, seguridad nacional y servicios militares.

Responder a demandas y acciones legales

- ❖ Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden administrativa o de un tribunal o en respuesta a una citación.

Nuestras responsabilidades

- ❖ Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- ❖ Le haremos saber de inmediato si ocurre un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.

- ❖ Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en esta notificación y entregarle una copia de la misma.
- ❖ No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera distinta a la aquí descrita, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de parecer en cualquier momento. Háganos saber por escrito si usted cambia de parecer.

Para mayor información, visite: <https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/spanish/index.html>, disponible en español.

Cambios a los términos de esta notificación

Podemos modificar los términos de esta notificación, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. La nueva notificación estará disponible según se solicite, en nuestro sitio web, y le enviaremos una copia por correo.

Para obtener más información, póngase en contacto con:

Nombre:

Título:

Dirección:

Número de teléfono:

Otra información de contacto:

Fecha de vigencia de este aviso

1 de enero de 2024