

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 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 julio 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
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	Sitio web: https://www.flmedicaidtprecovery.com/flmedicaidtprecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268

GEORGIA – Medicaid	INDIANA – Medicaid
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	Programa de pago de primas de seguro de salud Todos los demás son Medicaid Sitio web: https://www.in.gov/medicaid/ https://www.in.gov/fssa/dfp/ Administración de familias y servicios sociales Teléfono: 1-800-403-0864 Teléfono de servicios para miembros: 1-800-457-4584
IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)	KANSAS – Medicaid
Sitio web de Medicaid: https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366 Sitio web de Hawki: https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/iowa-health-link/hawki Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563 Sitio web de HIPP: https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/fee-service/hipp Teléfono de HIPAA: 1-888-346-9562	Sitio web: https://www.kancare.ks.gov/ Teléfono: 1-800-792-4884 Teléfono de HIPP: 1-800-967-4660
KENTUCKY - Medicaid	LOUISIANA – Medicaid
Sitio web del Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP): https://www.chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.asp x Teléfono: 1-855-459-6328 Por correo electrónico: KIHIPPPROGRAM@ky.gov Sitio web de KCHIP: https://kidshealth.ky.gov/es/Pages/default.aspx Teléfono: 1-877-524-4718 Sitio web de Medicaid de Kentucky: https://chfs.ky.gov/agencies/dms	Sitio web: www.medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/la hipp Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618- 5488 (LaHIPP)
MAINE – Medicaid	MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP
Sitio web por inscripción: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_U_S 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	Sitio web: https://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840 TTY: 711 Por correo electrónico: masspremassistance@accenture.com
MINNESOTA – Medicaid	MISSOURI – Medicaid
Sitio web: https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/ Teléfono: 1-800-657-3672	Sitio web: https://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005
MONTANA – Medicaid	NEBRASKA – Medicaid
Sitio web: https://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084 Por correo electrónico: HSHIPPProgram@mt.gov	Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178
NEVADA – Medicaid	NUEVO HAMPSHIRE – Medicaid
Sitio web de Medicaid: http://dhcfp.nv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900	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. 15218 Por correo electrónico: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov

NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP	NUEVA YORK – Medicaid
Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Teléfono: 1-800-356-1561 Teléfono de asistencia de prima de CHIP: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710 (TTY:711)	Sitio web: https://es.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831
CAROLINA DEL NORTE – Medicaid	DAKOTA DEL NORTE – Medicaid
Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov Teléfono: 919-855-4100	Sitio web: http://www.hhs.nd.gov/healthcare Teléfono: 1-844-854-4825
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.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html Teléfono: 1-800-692-7462 Sitio web de CHIP: https://www.pa.gov/en/agencies/dhs/resources/chip.html Teléfono de CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)	Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 1-855-697-4347 o 401-462-0311 (Direct RIta Share Line)
CAROLINA DEL SUR – Medicaid	DAKOTA DEL SUR – Medicaid
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/asistencia-financiera/programa-de-pago-de-las-primas-del-seguro-medico Teléfono: 1-800-440-0493	Utah's Premium Partnership for Health Insurance (UPP) Sitio web: https://medicaid.utah.gov/upp/ Por correo electrónico: upp@utah.gov Teléfono: 1-888-222-2542 Sitio web de expansión para adultos: https://medicaid.utah.gov/expansion/ Sitio web de Programa de compra de Medicaid de Utah: https://medicaid.utah.gov/buyout-program/ Sitio web de CHIP: https://chip.utah.gov/espanol/
VERMONT – Medicaid	VIRGINIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: https://dvha.vermont.gov/members/Medicaid/hipp-program 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 julio 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. 61565

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)

Avisos legales

Aviso general sobre derechos de continuidad de la cobertura COBRA

(Para uso de planes de salud grupales de un solo empleador)

**** Derechos de continuidad de la cobertura conforme a la ley COBRA** Presentación**

Usted recibe este aviso porque recientemente ha obtenido cobertura a través de un plan de salud grupal (el Plan). Este aviso contiene información importante sobre su derecho a la continuidad de la cobertura COBRA, que es una prórroga temporal de la cobertura del Plan. **Este aviso explica la continuación de la cobertura COBRA, cuándo puede estar disponible para usted y su familia, y qué debe hacer para proteger su derecho a recibirla.** Cuando usted pasa a ser elegible para COBRA, también puede pasar a ser elegible para otras opciones de cobertura que pueden costar menos que la continuación de la cobertura COBRA.

El derecho a la continuidad de la cobertura COBRA fue creado por una ley federal, la Ley Ómnibus Consolidada de Conciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA). La continuidad de la cobertura COBRA puede estar a su disposición y a la de otros miembros de su familia cuando, de lo contrario, finalizaría la cobertura de salud grupal. Si desea más información sobre sus derechos y obligaciones en virtud del Plan y de la legislación federal, consulte la Descripción Resumida del Plan o póngase en contacto con el Administrador del Plan.

Puede que tenga otras opciones disponibles cuando se queda sin cobertura de salud grupal. Por ejemplo, puede ser elegible para contratar un plan individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Al inscribirse en la cobertura a través del Mercado, usted podría calificar para acceder a costos más bajos en sus primas mensuales y menores costos de bolsillo. Además, es posible que pueda optar por un período de inscripción especial de 30 días para otro plan de salud grupal para el que reúna los requisitos (como el plan de su cónyuge), incluso si ese plan no suele aceptar inscripciones tardías.

¿Qué es la continuación 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 una circunstancia de la vida. Esto a veces se denomina “evento que califica”. Más abajo se enumeran los eventos específicos que califican. Tras un evento que califica, debe ofrecerse la continuación de la cobertura COBRA a cada persona que sea un "beneficiario calificado". Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios calificados si se pierde la cobertura conforme al Plan debido al evento que califica. En virtud del Plan, los beneficiarios calificados que elijan la continuación de la cobertura COBRA deben pagar por la continuidad de dicha cobertura.

Si usted es un empleado, pasará a ser un beneficiario calificado si pierde su cobertura del Plan a causa de los siguientes eventos que califican:

- Se le reducen sus horas de trabajo, o
- Se pone fin a su relación laboral por cualquier motivo que no sea una falta grave de su parte.

Si usted es cónyuge de un empleado, pasará a ser un beneficiario calificado si pierde su cobertura del Plan a causa de los siguientes eventos que califican:

- Su cónyuge fallece;
- Se le reducen las horas de trabajo a su cónyuge;
- Se pone fin a la relación laboral de su cónyuge por cualquier motivo que no sea una falta grave de su cónyuge;
- Su cónyuge adquiere derechos a recibir beneficios de Medicare (en virtud de la Parte A, Parte B o ambas); o
- Se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge.

Sus hijos dependientes serán beneficiarios calificados si pierden la cobertura bajo el Plan debido a los siguientes eventos que califican:

- El progenitor-empleado fallece;
- Se le reducen las horas de trabajo al progenitor-empleado;
- Se pone fin a la relación laboral del progenitor-empleado por cualquier motivo que no sea una falta grave de su parte;
- El progenitor-empleado adquiere derechos a recibir beneficios de Medicare (bajo la Parte A, Parte B o ambas);
- Los padres se divorcian o se separan legalmente; o
- El/la hijo/a deja de ser elegible para la cobertura bajo el Plan como “hijo/a dependiente”.

¿Cuándo está disponible la continuación de la cobertura COBRA?

El Plan ofrecerá la continuación de la cobertura COBRA a los beneficiarios calificados únicamente después de que se haya notificado al Administrador del Plan que se ha producido un evento que califica. El empleador debe notificar al Administrador del Plan los siguientes eventos que califican:

- Terminación de la relación laboral o reducción de las horas de trabajo;
- Muerte del empleado; o
- El empleado adquiere el derecho a recibir beneficios de Medicare (en virtud de la Parte A, la Parte B o ambas).

Para todos los demás eventos que califican (divorcio o separación legal del empleado y su cónyuge o pérdida de elegibilidad para la cobertura de un hijo/a dependiente), usted debe notificarle al Administrador del Plan en un plazo de 60 días luego de que ocurra el evento que califica. Debe proporcionarle este aviso a su empleador.

Avisos legales

¿Cómo se proporciona la continuación de la cobertura COBRA?

Luego de que el Administrador del Plan haya sido notificado de que ocurrió un evento que califica, se ofrecerá la continuación de la cobertura COBRA a cada beneficiario calificado. Cada beneficiario calificado tendrá el derecho individual de elegir la continuación de la cobertura COBRA. El empleado cubierto puede elegir la continuación de la cobertura COBRA en nombre de su cónyuge, y los padres pueden elegir la continuación de la cobertura COBRA en nombre de sus hijos.

La continuación de la cobertura COBRA es una continuación temporal de la cobertura que suele durar 18 meses debido a la terminación del empleo o a la reducción de las horas de trabajo. Ciertos eventos que califican, o un segundo evento que califica durante el período inicial de cobertura, puede permitirle al beneficiario recibir un máximo de 36 meses de cobertura.

También existen formas de ampliar este período de 18 meses de continuación de la cobertura COBRA:

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

Si la Seguridad Social determina que usted o cualquier miembro de su familia cubierto por el Plan tiene una discapacidad y usted lo notifica oportunamente al Administrador del Plan, usted y toda su familia pueden tener derecho a obtener hasta 11 meses adicionales de continuación de la cobertura COBRA, hasta un máximo de 29 meses. La discapacidad deberá haber comenzado en algún momento antes del día 60 de la continuación de la cobertura COBRA y deberá durar al menos hasta el final del período de 18 meses de continuación de la cobertura COBRA.

Prórroga del período de 18 meses de continuación de la cobertura por segundo evento que califica

Si su familia tiene otro evento que califica durante los 18 meses de continuación de la cobertura COBRA, el o la 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 al Plan el segundo evento que califica en tiempo y forma. Esta prórroga puede estar disponible para el o la cónyuge y cualquier hijo dependiente que reciba la continuación de la cobertura COBRA si el empleado o ex empleado fallece; adquiere derecho a los beneficios de Medicare (en virtud de la Parte A, la Parte B o ambas); se divorcia o separa legalmente; o si el hijo dependiente deja de ser elegible en virtud del Plan como hijo dependiente. Esta prórroga solo está disponible si el segundo evento que califica hubiera hecho que el cónyuge o hijo dependiente perdiera la cobertura del Plan si no se hubiera producido el primer evento que califica.

¿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 \(CHIP\)](#), u otras opciones de cobertura bajo planes de salud grupales (como el plan de un cónyuge) a través de lo que se denomina "período de inscripción especial". Algunas de estas opciones pueden costar menos que la continuación de la cobertura COBRA. Puede consultar más información sobre muchas de estas opciones en www.healthcare.gov.

¿Puedo inscribirme en Medicare en lugar de la continuación de la cobertura COBRA una vez que finalice la cobertura de mi 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 período de inscripción inicial de Medicare, dispone de un período de inscripción especial de 8 meses para inscribirse en la Parte A o B de Medicare, a partir de la primera de las siguientes fechas:

- El mes siguiente a la finalización de su relación laboral; o bien
- El mes siguiente a la finalización de la cobertura del plan de salud grupal basado en su empleo actual.

Si no se inscribe en Medicare y, en cambio, elige la continuación de la cobertura de COBRA, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte B y que tenga una interrupción 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 dar por terminada la continuación de su cobertura. No obstante, si la Parte A o B de Medicare entra en vigencia en la fecha de la elección de COBRA o antes, la cobertura de COBRA no podrá interrumpirse por tener derecho a Medicare, incluso si se inscribe en la otra parte de Medicare después de la fecha de elección de la cobertura de COBRA.

Si está inscrito tanto en la continuación de la cobertura COBRA como en Medicare, por lo general Medicare pagará en primer lugar (pagador principal) y la continuación de la cobertura COBRA pagará en segundo lugar. Ciertos planes pueden pagar como si fueran secundarios a Medicare, aunque usted no esté inscrito en Medicare.

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

Si tiene alguna pregunta

Las preguntas relativas a su Plan o a sus derechos de continuación de la cobertura COBRA deben dirigirse a los contactos indicados 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 la ley COBRA, la Ley sobre Protección al Paciente y Atención de Salud Asequible y otras leyes que afectan a los planes de salud grupales, póngase en contacto con la Oficina Regional o de Distrito de la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados (EBSA, por sus siglas en inglés) del Departamento de Trabajo de los 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 de distrito de la EBSA pueden consultarse en el sitio web de la EBSA). Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov.

Avisos legales

Mantenga informado al Plan acerca de sus cambios de domicilio

Para proteger los derechos de su familia, comuníquese al Administrador del Plan cualquier cambio de domicilio de los miembros de su familia. Además, debe conservar una copia, para sus registros, de todas las notificaciones que envíe al Administrador del Plan.

Número de control emitido por la OMB 1210-0123 (vencimiento 31/1/2026)

Ley de Licencias Médicas y Familiares (FMLA, por sus siglas en inglés)

¿Quién es elegible para la licencia conforme a la FMLA?

Un empleado es elegible para una licencia conforme a la FMLA si ha estado contratado por un empleador cubierto durante al menos 12 meses y ha trabajado al menos 1.250 horas para ese empleador durante el período anterior de 12 meses. Además, debe estar empleado en un lugar de trabajo en el que la empresa emplee al menos a 50 trabajadores en un radio de 75 millas alrededor del lugar de trabajo.

A los efectos de determinar si un empleado que es miembro de la tripulación de vuelo cumple con el requisito de horas de servicio anterior, se considerará que el empleado cumple con el requisito si:

- Ha trabajado o cobrado no menos del 60 por ciento de la garantía mensual total aplicable durante el período anterior de 12 meses; y
- Ha trabajado o cobrado no menos de 504 horas durante el período anterior de 12 meses.

¿Cuáles son los motivos que dan derecho a una licencia conforme a la FMLA?

Las siguientes circunstancias dan derecho a **12 semanas laborales** de licencia en virtud de la FMLA:

- ✓ Nacimiento y cuidado de un hijo o hija del empleado;
- ✓ Entrega de un hijo o hija en adopción o guarda al empleado;
- ✓ Cuidado del cónyuge, hijo, hija o padre o madre de un empleado que tenga un problema de salud grave;
- ✓ Un problema de salud grave del propio empleado que lo incapacite para desempeñar cualquiera de las funciones esenciales de su puesto; o
- ✓ Cualquier urgencia admisible derivada del hecho de que un miembro de la familia (cónyuge, hijo, hija o padre o madre del empleado) sea un militar cubierto en servicio activo cubierto o que haya sido notificado de una inminente convocatoria u orden de servicio activo cubierto en las Fuerzas Armadas.

Además, los empleados elegibles podrán gozar de **26 semanas laborales** de licencia en un mismo período de 12 meses para cuidar de un cónyuge, hijo, hija, padre, madre o familiar cercano que sea miembro del servicio cubierto y sufra una lesión o enfermedad grave.

¿Qué es una "afección de salud grave" según la FMLA?

Una afección de salud grave es una enfermedad, lesión, impedimento o afección física o mental que requiere **atención hospitalaria** o tratamiento continuo **por parte** de un profesional de la salud. La FMLA no se aplica a exámenes médicos de rutina, como un chequeo médico, ni a afecciones médicas comunes, como un malestar estomacal, a menos que surjan complicaciones.

Para todas las afecciones, se entiende por "incapacidad" la incapacidad para trabajar, incluida la incapacidad para desempeñar cualquiera de las funciones esenciales del puesto del trabajador, o la imposibilidad de asistir a la escuela, o de realizar otras actividades cotidianas habituales debido a la afección de salud grave, al tratamiento de la afección de salud grave o a la recuperación de la afección de salud grave. El término "tratamiento" incluye, a mero título enunciativo, exámenes para determinar si existe una afección de salud grave y evaluaciones de dicha afección.

Se consideran afecciones de salud graves las que requieren hospitalización o las que requieren una o varias visitas al médico y un tratamiento continuo. Las afecciones crónicas y los períodos de incapacidad prolongados o permanentes también pueden cumplir los requisitos. Ciertas afecciones que requieren múltiples tratamientos también pueden cumplir los requisitos de la FMLA.

¿Cuándo debe un empleado notificar su necesidad de una licencia conforme a la FMLA?

Los empleados deben notificar a sus empleadores con la mayor antelación posible cuando soliciten una licencia conforme a la FMLA. Aunque no es obligatorio utilizar el término "FMLA" al solicitar la licencia, el empleado debe brindar suficiente información para que el empleador determine si la licencia reúne los requisitos para la protección de la FMLA. Cuando un empleado solicita licencia por un motivo que cumple los requisitos de la FMLA y por el que el empleador ha concedido previamente una licencia amparada por la FMLA, el empleado debe hacer referencia específica al motivo que cumple los requisitos para la licencia al notificárselo al empleador.

Si la licencia es previsible por el nacimiento de un hijo, para adoptar o recibir a un niño en régimen de guarda, para el tratamiento médico previsto de una afección de salud grave del empleado o de un familiar, o para el tratamiento médico previsto de una lesión o enfermedad grave de un miembro del servicio cubierto, el empleado debe notificar al empleador **al menos 30 días** antes del comienzo de la licencia. Si no se notifica con 30 días de antelación, el empleador tiene derecho a diferir el inicio de la licencia conforme a la FMLA hasta que se curse el preaviso de 30 días.

Cuando la licencia vaya a comenzar en menos de 30 días, el empleado debe notificar al empleador tan pronto como sea posible.

En el caso de una licencia previsible por una urgencia que califica, la notificación debe efectuarse tan pronto como sea posible, independientemente de la antelación con la que se prevea la licencia.

Avisos legales

Notificación conforme a Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998

El 21 de octubre de 1998, el Congreso sancionó la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998. De acuerdo con lo establecido en la Ley, si usted o un familiar cubierto se ha sometido o se va a someter a una mastectomía, puede tener derecho a ciertos beneficios conforme a la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998 (WHCRA, por sus siglas en inglés). En el caso de las personas que reciban beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se proporcionará de la forma que se determine en consulta con el médico tratante y la paciente, para:

- Todas las etapas de reconstrucción del seno en el que se realizó la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción del otro seno para producir un aspecto simétrico;
- Prótesis; y
- Tratamiento de complicaciones físicas en todas las fases de la mastectomía, incluido el linfedema.

La cobertura se proporcionará de la forma que se determine en consulta con el médico tratante y la paciente. Los deducibles y coseguros establecidos para otros beneficios de su plan también se aplican a estos beneficios de cirugía reconstructiva.

Derechos conforme a la USERRA

Si usted, su cónyuge o dependiente se ausenta del trabajo para prestar servicio uniformado, puede tener derecho a seguir participando en el Plan en virtud de la Ley de Derechos de Empleo y Reinserción Laboral de los Servicios Uniformados (USERRA, por sus siglas en inglés). La ley USERRA tiene por objeto reducir las dificultades que pueden surgir si tiene que ausentarse de su empleo civil para prestar servicios uniformados en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos. La USERRA busca garantizar que quienes sirven a su país puedan conservar su empleo civil y sus beneficios, y puedan buscar su reinserción laboral sin discriminación por razón de su servicio.

En virtud de la ley USERRA, los empleados que se ausenten para prestar servicio uniformado (y su cónyuge y dependientes cubiertos) tienen derecho a la continuación de la cobertura durante el período de servicio (más el tiempo permitido por la ley USERRA para solicitar la reincorporación al empleo) o durante un plazo máximo de veinticuatro (24) meses, el que sea menor. Si su período de servicio es inferior a treinta y un (31) días, el plan puede cobrar únicamente su parte de la prima mensual de cobertura médica. Si la duración de su servicio es mayor de treinta y un (31) días, su empleador puede cobrarle la prima íntegra más un 2 % (hasta un total del 102 % de la prima). Usted puede tener derechos tanto en virtud de la ley COBRA como de la ley USERRA y tiene derecho a la cobertura continua que le proporcione el beneficio más favorable.

Una persona que esté prestando servicio en las Fuerzas Armadas se considerará en situación de licencia y tendrá derecho a todos los derechos y beneficios no determinados por la antigüedad que se proporcionan por norma general a los empleados en situación similar que estén de licencia u otros tipos de licencia.

El período de continuación de la cobertura en virtud de la ley USERRA se computará como parte de cualquier período de continuación de la cobertura disponible simultáneamente en virtud de la ley COBRA.

Ley de Paridad en la Salud Mental y Equidad en las Adicciones de 2008

Según la Ley de Paridad en la Salud Mental y Equidad en las Adicciones de 2008, las condiciones (por ejemplo, copagos y deducibles) y limitaciones de tratamiento para trastornos de salud mental y por consumo de sustancias no deben ser, por regla general, más restrictivas que las aplicables a procedimientos médicos y quirúrgicos. Consulte los documentos de su plan para conocer más información sobre la cobertura de salud mental.

Ley de Michelle

Ciertos dependientes cubiertos pueden ser elegibles para prorrogar la cobertura de su plan durante un período de tiempo limitado cuando dicha cobertura de otro modo cesaría debido a la pérdida de la condición de estudiante.

En virtud de la Ley de Michelle, el Plan no puede dar por terminada la cobertura de un hijo dependiente cuya inscripción en un plan requiera la condición de estudiante en una institución de educación postsecundaria, si dicha condición se pierde debido a una licencia por necesidad médica. En este caso, el Plan continuará proporcionando cobertura al dependiente hasta la primera de las siguientes fechas:

La fecha en la que se cumpla un año desde el primer día de la licencia por necesidad médica.

La fecha en la que, de lo contrario, cesaría la cobertura del dependiente según las condiciones del Plan.

Un dependiente que se encuentre en esta situación será elegible para la continuación de la cobertura del Plan en virtud de la Ley de Michelle si usted proporciona al Plan un certificado por escrito del médico tratante del dependiente donde conste que:

El dependiente padece una enfermedad o lesión grave.

La licencia (u otro cambio en la matriculación) obedece a una necesidad médica.

Por licencia por necesidad médica se entiende una licencia de una institución de educación postsecundaria, o cualquier otro cambio en la matriculación del dependiente en la institución, que:

Comienza mientras el dependiente padece una enfermedad o lesión grave.

Hace que el dependiente pierda la condición de estudiante a los efectos de la cobertura según las condiciones del Plan.

Avisos legales

Ley de Protección de la Salud de Madres y Recién Nacidos

En general, los planes de salud grupales no pueden restringir la estancia hospitalaria de la madre o el bebé en relación con el parto a menos de cuarenta y ocho (48) horas después de un parto vaginal o menos de noventa y seis (96) horas después de un parto por cesárea. Los planes de salud grupales no pueden exigir que el médico tratante reciba autorización del plan para que la madre y el bebé permanezcan hospitalizados más de cuarenta y ocho (48) horas tras un parto vaginal o noventa y seis (96) horas tras un parto por cesárea. El médico tratante puede consultar con la madre y decidir dar de alta a la madre y al bebé antes de que transcurran cuarenta y ocho (48) horas tras un parto vaginal o noventa y seis (96) horas tras un parto por cesárea.

Aviso de Prácticas de Privacidad conforme a la HIPAA

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ELLA. POR FAVOR, LÉALO DETENIDAMENTE

La Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 ("HIPAA", por sus siglas en inglés) impone numerosos requisitos a los planes de salud de las empresas en relación con la forma en que puede utilizarse y divulgarse determinada información de salud que permite la identificación personal, denominada información de salud protegida o PHI (por sus siglas en inglés). Este Aviso describe la forma en que el plan, y cualquier tercero que colabore en la administración del plan, puede utilizar y divulgar su información de salud protegida para tratamiento, pago u operaciones de atención médica y para otros fines autorizados o exigidos por la ley. Este Aviso también describe sus derechos de acceso y control de su información de salud protegida. "Información de salud protegida" es la información mantenida o transmitida por los Planes, que puede identificarlo y que se relaciona con su salud o estado físico o mental pasado, presente o futuro y con los servicios de atención médica relacionados.

Utilizaremos PHI en la medida mínima necesaria para lograr el propósito previsto del uso, divulgación o solicitud de la misma. Se aplicarán los Avisos sobre Prácticas de Privacidad de nuestras aseguradoras, excepto en el caso de la información médica limitada que recibamos de usted y conservemos cuando nos pida que le ayudemos a tramitar un reclamo o una controversia sobre la determinación de beneficios, la información relacionada con su inscripción o baja del plan y cierta información médica resumida.

Su médico o proveedor de atención de salud personal puede tener políticas o avisos diferentes en relación con el uso y la divulgación de su información médica.

La ley nos obliga a cumplir con los términos de este aviso para:

- Asegurarnos de que la información médica que lo identifica se mantenga privada.
- Notificarle nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica relativa a su persona.
- Cumplir con los términos del Aviso que se encuentra actualmente en vigencia.

Es importante tener en cuenta que estas normas se aplican a los Planes, no a la empresa como empleador.

1. Cómo podemos utilizar y divulgar su información médica La HIPAA autoriza en términos generales el uso y la divulgación de su información médica sin su permiso para fines de tratamiento médico, actividades de pago y operaciones de atención médica. Estos usos y divulgaciones se describen en mayor detalle a continuación. Tenga en cuenta que este Aviso no enumera todos los usos o divulgaciones, sino que brinda ejemplos de los usos y divulgaciones más comunes.
 - Tratamiento: Cuando y según corresponda, la información médica puede utilizarse o divulgarse para facilitar el tratamiento o los servicios médicos por parte de los proveedores.
 - Pago: Cuando y según corresponda, la información médica puede utilizarse y divulgarse con el fin de determinar su derecho a recibir beneficios de los Planes, facilitar el pago del tratamiento y los servicios que reciba de los proveedores de atención médica, determinar la responsabilidad por los beneficios y la cobertura del plan, o coordinar su cobertura.
 - Operaciones de atención médica: Cuando y según corresponda, la información médica puede utilizarse y divulgarse para las operaciones del plan, según sea necesario. Su información genética no se utilizará ni divulgará con fines de suscripción de seguros.
 - El plan siempre tratará de garantizar que la información médica utilizada o divulgada se limite a un "Conjunto de Registros Designados" y a la regla del "Mínimo Necesario", que incluye un "conjunto de datos limitados", tal como se define en la ley para estos fines.

OTROS USOS Y DIVULGACIONES AUTORIZADOS

- Divulgación a terceros que intervienen en su atención: La información médica puede revelarse a un familiar, a un amigo o a cualquier otra persona que usted identifique, siempre que la información esté directamente relacionada con la intervención de dicha persona en su atención médica o en el pago de dicha atención.
- Divulgación al patrocinador del plan de salud: La información puede divulgarse a otro plan de salud con el fin de facilitar las solicitudes de pago bajo ese plan. Además, la información médica puede divulgarse al personal con el propósito exclusivo de administrar los beneficios del plan.
- Indemnizaciones laborales: Podemos divulgar información médica relativa a su persona en relación con una indemnización laboral o programas similares. Estos programas proporcionan prestaciones por accidentes o enfermedades laborales.
- Para cumplir con requisitos federales y estatales: Se divulgará información médica cuando así lo exijan las leyes federales, estatales o locales.

Avisos legales

- Para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad: Podrá divulgarse información médica cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad o a la salud y seguridad pública o de un tercero. No obstante, cualquier divulgación solo se efectuará a alguien que pueda ayudar a prevenir la amenaza.
- Militares y veteranos: Si usted es miembro de las Fuerzas Armadas, la información médica puede divulgarse según lo requieran las autoridades de mando militar.
- Socios comerciales: La información médica puede divulgarse a socios comerciales. Hemos celebrado contratos con entidades (definidas como "socios comerciales" en virtud de la HIPAA) para que nos ayuden a administrar sus beneficios. Celebraremos contratos con estas entidades en los que se les exigirá que solo utilicen y divulguen su información de salud en la medida en que así nos lo autorice la HIPAA.
- Otros usos: Si usted es donante de órganos, podemos divulgar su información médica a organizaciones que se encargan de conseguir órganos o de realizar trasplantes de órganos, ojos o tejidos, o a un banco de donación de órganos, según sea necesario para facilitar la donación y el trasplante de órganos o tejidos. Podemos revelar su información médica a un médico forense o médico legista. Si usted es un recluso de un centro penitenciario correccional o se encuentra bajo la custodia de una autoridad policial, es posible que suministremos su información médica al centro penitenciario correccional o a la autoridad policial.

En general, todo uso y divulgación que no sean los que se describen en este aviso requerirán su autorización por escrito. Se requiere su autorización por escrito para: la mayoría de los usos y divulgaciones de notas de psicoterapia; usos y divulgaciones de PHI con fines de marketing; y divulgaciones que constituyan una venta de PHI. Puede revocar su autorización en cualquier momento, pero no podrá hacerlo si los Planes ya han actuado en consecuencia.

Es posible que las leyes de privacidad de un estado en particular u otras leyes federales impongan una norma de privacidad más estricta. Si se aplican estas leyes más estrictas y no son sustituidas por normas federales de prelación en virtud de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 (ERISA), el plan cumplirá con la ley más estricta.

2. Sus derechos en relación con su información médica. Usted tiene los siguientes derechos en relación con la información médica que conservamos sobre usted:

Derecho de inspección y copia: Usted tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia de su información médica que puede ser utilizada para tomar decisiones sobre sus beneficios en virtud de los Planes. Si solicita una copia de la información, podemos cobrarle una tarifa por los costos de copiado, envío por correo u otros materiales relacionados con su solicitud. Podemos denegar su solicitud de inspección y copia en determinadas circunstancias muy limitadas. Si se le deniega el acceso a la información médica, podrá solicitar que se reconsidere la denegación. Si los Planes no conservan la información médica, pero saben dónde se conserva, se le informará a dónde dirigir su solicitud.

- Derecho de modificación: Si considera que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede pedirnos que la modifiquemos. Asimismo, deberá indicar un motivo que justifique su solicitud. Podemos denegar su solicitud de modificación si no la presenta por escrito o no incluye un motivo que la justifique. Además, podemos denegar su solicitud si nos pide que modifiquemos cualquiera de los siguientes datos:
 - Información que no forma parte de la información médica conservada por o para el plan.
 - Información que no hayamos creado nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para realizar la modificación.
 - Información que no forma parte de la información que usted podría inspeccionar y copiar.
 - Información que sea correcta y completa.
- Derecho a un informe de divulgaciones: Tiene derecho a solicitar un "informe de divulgaciones" (es decir, una lista de ciertas divulgaciones que el plan ha efectuado de su información médica). Por regla general, puede recibir un informe de las divulgaciones si la divulgación es exigida por la ley, si se efectúa en relación con actividades de salud pública o en situaciones similares a las enumeradas anteriormente como "Otros usos y divulgaciones autorizadas". Usted no tiene derecho a recibir un informe de las divulgaciones que se hayan efectuado:
 - Para tratamiento, pago u operaciones de atención médica.
 - A usted acerca de su propia información de salud.
 - De forma accesoria a otras divulgaciones autorizadas.
 - Cuando se haya dado autorización.
 - A familiares o amigos que intervengan en su atención (cuando la divulgación esté permitida sin autorización).
 - Con fines de seguridad nacional o inteligencia, o a instituciones penitenciarias o funcionarios de las fuerzas del orden en determinadas circunstancias.
 - Como parte de un conjunto de datos limitado en el que la información divulgada excluye información identificativa.

Para pedir esta lista o un informe de divulgaciones, deberá presentar su solicitud, en la que deberá indicar un período de tiempo, que no podrá ser mayor de seis años ni incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003. En su solicitud deberá indicar en qué formato desea la lista (por ejemplo, en papel o electrónico). La primera lista que solicite en un período de 12 meses será gratuita. Para listas adicionales, podemos cobrarle por los costos de facilitarle la lista. Sin perjuicio de lo anterior, puede solicitar un informe de las divulgaciones de cualquier "historia clínica electrónica" (es decir, un registro electrónico de información relacionada con su salud que sea creado, recopilado, gestionado y consultado por profesionales médicos y personal de salud autorizados). Para ello, sin embargo, deberá presentar su solicitud e indicar un período de tiempo, que no podrá ser mayor de tres años anteriores a la fecha en que se solicite el informe.

Avisos legales

- Su derecho a solicitar restricciones: Tiene derecho a solicitar una restricción o limitación de la información médica que utilizamos o divulgamos acerca de su persona para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También tiene derecho a solicitar que se limite la información médica que divulgamos sobre su persona a alguien que intervenga en su atención o en el pago de la misma, como un familiar o amigo. Si los Planes aceptan una solicitud, cualquier restricción podrá anularse más adelante mediante solicitud por escrito, por acuerdo entre usted y los Planes (incluso verbalmente) o por decisión unilateral de los Planes en el caso de información de salud creada o recibida después de que los Planes le hayan notificado a usted que han eliminado las restricciones y en el caso de tratamientos de emergencia. Para solicitar restricciones, debe hacerlo por escrito y proporcionarnos los siguientes datos:
 - Qué información desea limitar.
 - Si desea limitar nuestro uso, divulgación o ambos.
 - A quién o quiénes desea que se apliquen las restricciones (por ejemplo, divulgaciones a su cónyuge).
 - Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales: Usted tiene derecho a solicitar que, cuando nos comuniquemos con usted con respecto a cuestiones médicas, lo hagamos de una determinada manera o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede pedirnos que nos comuniquemos con usted únicamente a su trabajo o por correo.
3. Notificación de vulneraciones de seguridad. De conformidad con los cambios en la HIPAA exigidos por la Ley de Tecnología de la Información Médica para la Salud Económica y Clínica de 2009 y sus reglamentos de aplicación (en forma conjunta, "Ley HITECH", por sus siglas en inglés) en virtud de la Ley de Recuperación y Reinversión de los Estados Unidos de 2009 ("ARRA", por sus siglas en inglés), este Aviso también refleja los requisitos federales en materia de notificación de vulneraciones impuestos a los Planes en caso de que su información de salud protegida "no segura" (según se define en la Ley HITECH) sea obtenida por un tercero no autorizado.
- El plan le notificará tras el descubrimiento de cualquier "vulneración" de su información de salud protegida no segura, tal como se define en la Ley HITECH (la "Notificación de Vulneración"). La Notificación de Vulneración se efectuará por escrito y se enviará por correo certificado o, alternativamente, por correo electrónico si usted ha aceptado con anterioridad recibir dichas notificaciones por vía electrónica. Si la vulneración afecta a:
 - 10 o más personas de las que no dispongamos de información de contacto suficiente o actualizada, enviaremos una Notificación de Vulneración individual sustitutiva publicando la notificación en el sitio web de beneficios de la intranet de la empresa o enviando la notificación a medios de comunicación impresos o audiovisuales de gran difusión de los lugares en los que probablemente residan las personas afectadas.
 - Menos de 10 personas de las que no dispongamos de información de contacto suficiente o actualizada, enviaremos una Notificación de Vulneración sustitutiva mediante un formulario alternativo.

La Notificación de Vulneración se le enviará sin demora injustificada y en ningún caso más de 60 días después de descubrirse una vulneración e incluirá, en la medida de lo posible:

- Una descripción de la vulneración.
- Una descripción del tipo de información afectada por la vulneración.
- Las medidas que debe adoptar para protegerse de posibles daños.
- Una breve descripción de lo que estamos haciendo para investigar la vulneración, mitigar el daño y prevenir nuevas vulneraciones.
- Información de contacto pertinente.

Además, en el caso de cualquier Notificación de Vulneración sustitutiva realizada a través de la web o de medios de comunicación impresos o audiovisuales de gran difusión, la Notificación de Vulneración incluirá un número de teléfono gratuito para que pueda ponerse en contacto con nosotros y determinar si su información de salud protegida se vio afectada por la vulneración.

4. Modificaciones a este Aviso Podremos modificar los términos de este aviso en cualquier momento. En ese caso, los nuevos términos y políticas entrarán en vigencia para toda la información médica que ya tenemos sobre usted, así como para cualquier información que recibamos en el futuro. Le enviaremos una copia del aviso actualizado.
5. Quejas Si considera que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante el plan o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

Todas las quejas deben presentarse por escrito.

No se le impondrá ninguna sanción por presentar una queja.

6. Otros usos de información médica. Cualquier otro uso o divulgación de la información médica que no esté contemplado en el presente aviso o en las leyes que nos rigen se realizará únicamente con su autorización por escrito. Si nos concede permiso para utilizar o divulgar información médica sobre su persona, podrá revocar dicho permiso, por escrito, en cualquier momento. Si revoca su permiso, dejaremos de utilizar o divulgar información médica sobre su persona por los motivos contemplados en su autorización por escrito. Usted entiende que no podemos anular ninguna divulgación que ya hayamos hecho con su permiso, y que es posible que estemos obligados a conservar nuestros registros relacionados con sus determinaciones de beneficios e inscripción.

Avisos legales

Notificación inicial conforme a la HIPAA sobre los derechos de inscripción especial

Este aviso tiene por objeto informarle acerca de su derecho, en virtud de una ley federal denominada Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA), a inscribirse en el Plan en fechas distintas a los plazos anuales de inscripción abierta del Plan, en caso de que se produzcan determinados acontecimientos (por ejemplo, si tiene un bebé). Estos períodos de inscripción se conocen como oportunidades de "inscripción especial". Por lo general, debe solicitar la inscripción en un plazo de 30 días o según se especifique en los documentos del plan.

- Si usted o sus dependientes dejan de ser elegibles para otra cobertura en la que estaban inscritos, es posible que puedan inscribirse en este plan.
- Si usted tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción, o entrega en adopción, puede inscribirse e inscribir a sus dependientes en el Plan.
- Si usted, su cónyuge o sus dependientes reúnen los requisitos para recibir asistencia de Medicaid o de un programa estatal de seguro médico para niños, o pierden la cobertura de dicho programa, es posible que usted y sus dependientes puedan inscribirse en el Plan.

Beneficios del Plan durante una licencia conforme a la ley FMLA

Si se toma una licencia que no es una licencia familiar o médica según la Ley de Licencias Médicas y Familiares de 1993 (FMLA), la forma en que participa en el Plan dependerá de si sigue o no cobrando un sueldo de su empleador mientras está de licencia. Si su empleador no le paga mientras está de licencia, su participación en el Plan se tratará de la misma manera que si hubiera cesado su relación laboral, a menos que pague por los beneficios, después de deducir los impuestos, mientras esté de licencia. Cuando se reincorpore al trabajo, se reanudarán sus beneficios anteriores.

Si se toma una licencia familiar o médica en virtud de la FMLA, debe ponerse en contacto con el empleador para conversar sobre la continuidad de su participación en el Plan durante la licencia. En general, si se toma una licencia familiar o médica no remunerada en virtud de la FMLA, podrá seguir participando en el Plan, pero es posible que tenga que seguir realizando aportes.

Póngase en contacto con la empresa en cuanto sepa que va a tomarse una Licencia Familiar o Médica.

Órdenes de manutención médica de los hijos (QMCSO)

El administrador del plan puede facilitarle, sin ningún costo, una descripción de los procedimientos que rigen las órdenes de manutención médica de los hijos (QMCSO, por sus siglas en inglés).

Planes de bienestar

Su plan de salud tiene el compromiso de ayudarle a alcanzar su mejor estado de salud. Hay recompensas disponibles para todos los empleados por participar en un programa de bienestar. Si cree que quizás no pueda cumplir algún requisito para obtener una recompensa en el marco de este programa de bienestar, es posible que pueda tener la oportunidad de obtener la misma recompensa por otros medios. Póngase en contacto con su empleador y trabajaremos con usted (y, si lo desea, con su médico) para encontrar un programa de bienestar con la misma recompensa que sea adecuado para usted teniendo en cuenta su estado de salud".

Ley de No Discriminación por Información Genética de 2008 (GINA)

La Ley de No Discriminación por Información Genética de 2008 (GINA, por sus siglas en inglés) prohíbe a los empleadores alcanzados por la ley solicitar o requerir información genética de una persona o de un miembro de su familia, excepto en los casos específicamente permitidos por la ley. Los requisitos de no discriminación en el empleo establecidos por la ley GINA prohíben a la empresa discriminar a cualquier empleado o postulante con respecto a la contratación, despido, remuneración, términos, condiciones o privilegios en el empleo basados en la información genética del empleado o postulante. En consecuencia, la empresa no dejará de contratar ni se negará a hacerlo, ni despedirá a ningún empleado o postulante a causa de su información genética. La empresa no limitará, segregará ni clasificará a los empleados o postulantes de ninguna manera que los prive o tienda a privarlos de oportunidades de empleo o perjudique su condición de empleados debido a la información genética relativa a los empleados o postulantes. La empresa no discriminará ni tomará represalias contra las personas que se opongan a prácticas ilegales en virtud de la GINA, o que presenten una acusación, testifiquen, colaboren o participen en cualquier investigación, procedimiento o audiencia relacionados con los requisitos de no discriminación en el empleo. Sin embargo, la empresa no infringirá la GINA si limita o restringe las funciones laborales de un empleado basándose en información genética porque así se lo exija una ley o reglamento que obligue al control genético.

La "información genética", según se define en la GINA, incluye los antecedentes médicos familiares de una persona, los resultados de las pruebas genéticas de una persona o de un familiar, el hecho de que una persona o un familiar de la persona haya solicitado o recibido servicios genéticos, y la información genética de un feto gestado por una persona o un familiar de la persona o de un embrión conservado conforme a la ley por una persona o un familiar que reciba servicios de reproducción asistida.

Asimismo, por regla general, el plan:

- No solicitará ni exigirá que las personas o sus familiares se sometan a pruebas genéticas.

Avisos legales

- No utilizará información genética para decidir si una persona es elegible para la cobertura o para imponer exclusiones por afecciones preexistentes.
- No recopilará información genética con fines de suscripción de seguros o con respecto a cualquier persona antes de su inscripción o cobertura.
- No ajustará las primas grupales o los importes de los aportes sobre la base de información genética.

Aviso relativo a la designación de proveedores de atención primaria

El plan puede permitir o incluso exigir la designación de un proveedor de atención primaria. Usted tiene derecho a designar a cualquier proveedor de atención primaria que participe en nuestra red y que esté disponible para aceptarlo a usted o a los miembros de su familia. Para obtener información sobre cómo seleccionar a un proveedor de atención primaria y para ver una lista de los proveedores de atención primaria que participan, póngase en contacto con su empleador. Para los niños, puede designar un pediatra como proveedor de atención primaria.

Aviso sobre la cobertura de la atención obstétrica o ginecológica

Usted no necesita autorización previa del plan ni de ninguna otra persona (incluido un proveedor de atención primaria) para obtener acceso a la atención obstétrica o ginecológica de un profesional de la salud de nuestra red y que se especialice en obstetricia o ginecología. Sin embargo, se le puede requerir al profesional de la salud que cumpla con ciertos procedimientos, incluida la previa obtención de autorización para llevar a cabo ciertos servicios, luego de un plan de tratamiento previamente autorizado, o procedimientos para realizar derivaciones. Póngase en contacto con el plan para obtener una lista de profesionales de la salud participantes que se especializan en obstetricia o ginecología.

Sus derechos y protecciones frente a facturas médicas sorpresivas

Cuando recibe atención de emergencia o es atendido por un proveedor de fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio de la red, está protegido de la facturación sorpresiva o de saldos.

¿Qué es la "facturación de saldos" (a veces llamada "facturación sorpresiva")?

Cuando consulta con un médico u otro profesional de la salud, es posible que tenga que pagar ciertos gastos de su bolsillo, como un copago, un coseguro y/o un deducible. También puede tener otros gastos o tener que pagar la totalidad de la factura si consulta a un proveedor o acude a un centro médico que no pertenece a la red de su plan de salud.

"Fuera de la red" se refiere a los proveedores y centros que no tienen un contrato con su plan de salud. Es posible que los proveedores fuera de la red estén autorizados a facturarle la diferencia entre lo que su plan acordó pagar y el importe total cobrado por un servicio. Esto se denomina "**facturación de saldos**". Es probable que este importe sea superior a los costos dentro de la red por el mismo servicio y podría no computarse para el límite anual de gastos de bolsillo.

La "facturación sorpresiva" es una factura de saldo inesperada. Esto puede ocurrir cuando usted no puede controlar quién participa en su atención, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una visita en un centro de la red pero inesperadamente es atendido en un centro fuera de la red pero inesperadamente es atendido por un proveedor fuera de la red.

Usted está protegido de la facturación de saldos en los siguientes casos:

Servicios de emergencia

Si tiene una emergencia médica y recibe servicios de emergencia de un proveedor o centro fuera de la red, lo máximo que el proveedor o centro puede facturarle es el importe de los costos compartidos dentro de la red de su plan (como copagos y coseguro). **No** se le puede facturar el saldo de estos servicios de emergencia. 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 los saldos de estos servicios posteriores a la estabilización.

Ciertos servicios en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red

Cuando recibe servicios de un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, ciertos proveedores pueden estar fuera de la red. En estos casos, lo máximo que esos proveedores pueden facturarle es el monto de los costos compartidos dentro de la red de su plan. Esto se aplica a los servicios de medicina de emergencia, 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 fuera de la red **no pueden** facturarle el saldo, a menos que usted preste su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones.

Avisos legales

La ley de Minnesota prohíbe la facturación de saldos

Un proveedor de la red tiene prohibido facturarle cualquier suma que supere la suma permitida que la compañía de seguros tiene contratada con el proveedor como pago total por el servicio de atención médica. Un proveedor de la red puede facturarle el copago, deducible o coseguro aprobado. Un proveedor de la red puede facturarle servicios no cubiertos por su plan de salud siempre que usted acepte por escrito y por adelantado, antes de que se preste el servicio, pagar por el servicio no cubierto.

Nunca tendrá que renunciar a la protección frente a la facturación de saldos. Tampoco está obligado a recibir atención fuera de la red. Puede elegir un proveedor o centro de la red de su plan.

Cuando la facturación de saldos no está permitida, también tiene las siguientes protecciones:

Usted solo es responsable de pagar la parte del costo que le corresponde (como los copagos, coseguros y deducibles que pagaría si el proveedor o centro estuviera 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 emergencia sin exigirle que obtenga la aprobación de los servicios por adelantado (autorización previa).
- Cubrir los servicios de emergencia prestados por proveedores fuera de la red.
- Basar lo que usted le adeuda al proveedor o centro (costo compartido) en lo que le pagaría a un proveedor o centro de la red y reflejar ese importe en la explicación de beneficios.
- Computar cualquier suma que pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red a cuenta del deducible y del límite de gastos de bolsillo.

Si cree que le han facturado indebidamente, puede ponerse en contacto con el servicio de ayuda No Surprise Help Desk (NSHD) al teléfono 1-800-985-3059 o con la Oficina del Fiscal General de Minnesota en: 445 Minnesota St., Ste. 1400, St. Paul, MN 55101; (800) 657-3787.

Visite cms.gov/nosurprises para más información sobre los derechos que le otorga la legislación federal.

Visite <https://www.ag.state.mn.us/consumer/publications/MedicalBillingPointers.asp> para consultar más información sobre sus derechos en virtud de la legislación del estado de Minnesota. Para obtener información sobre quejas relacionadas con la atención médica, visite <https://www.health.state.mn.us/facilities/insurance/clearinghouse/complaints.html>.



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

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		4. Número de identificación patronal (EIN)	
5. Dirección del empleador		6. Número de teléfono del empleador	
7. Ciudad	8. Estado	9. Código postal	
10. ¿A quién podemos contactar sobre la cobertura de salud de los empleados en este trabajo?			
11. Número de teléfono (si es diferente al anterior)		12. Dirección de correo electrónico	

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:

- Respecto a los dependientes:

☐ Ofrecemos cobertura. Los dependientes elegibles son:

☐ 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](#) lo guiará a través del proceso. Aquí está la información del empleador que ingresará cuando visite [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]

Avisos legales

Otros avisos que requieren una adaptación específica del plan:

Aviso sobre cobertura acreditable: Los patrocinadores del plan deben notificar anualmente a los participantes elegibles para Medicare si su cobertura de medicamentos recetados es al menos tan buena como la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

<https://www.cms.gov/Medicare/Prescription-Drug-Coverage/CreditableCoverage/index?redirect=/CreditableCoverage/>

Aviso a los empleados sobre las opciones de cobertura: Aviso obligatorio a los empleados sobre el Mercado de Seguros Médicos / Intercambio Estatal.

<https://www.dol.gov/agencies/ebsa/laws-and-regulations/laws/affordable-care-act/for-employers-and-advisers/coverage-options-notice>