

HM.Clause, Inc.

Avisos Requeridos



Si usted (y/o sus dependientes) tienen Medicare o serán elegibles para Medicare en los próximos 12 meses, una ley federal le brinda más opciones sobre su cobertura de medicamentos recetados. Consulte la página 11 para obtener más detalles.

AVISO IMPORTANTE: Este documento se proporciona para ayudar a los empleadores a comprender las obligaciones de cumplimiento de los planes de beneficios de salud y bienestar, pero es posible que no tenga en cuenta todas las circunstancias relevantes a un plan o situación en particular. No es exhaustivo y no sustituye al asesoramiento legal.



Avisos legales importantes que afectan la cobertura de su plan de salud

LEY DE DERECHOS DE SALUD Y CÁNCER DE LA MUJER

Si le han realizado una mastectomía o están por realizársela, es posible que tenga derecho a ciertos beneficios bajo la ley de derechos de salud y cáncer de la mujer (Women's Health and Cancer Rights Act, WHCRA) de 1998. Para las personas que reciben beneficios relacionados con una mastectomía, la cobertura se suministrará de la manera determinada en la consulta con el médico interviniente y el paciente, para:

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

Estos beneficios se proporcionarán con sujeción a los mismos deducibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados en.

PROTECCIÓN DE SALUD A LOS RECIÉN NACIDOS Y LAS MADRES

Por lo general, los planes de salud grupales y las compañías de seguros de salud no pueden, conforme a la ley federal, restringir beneficios de estancia hospitalaria relacionada con el parto tanto para la madre como para el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o menos de 96 horas después de una cesárea. No obstante, la ley federal en general no prohíbe que el proveedor que atiende a la madre o al recién nacido, después de consultar con la madre, dé de alta a la madre o a su recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas según corresponda). En cualquier caso, los planes y los emisores no pueden, de acuerdo con la ley federal, solicitar que un proveedor obtenga autorización del plan o del emisor del seguro para indicar una duración de la estadía que no exceda las 48 horas (o 96 horas).

AVISO CON RESPECTO AL PROGRAMA DE BIENESTAR

Si decide no inscribirse o no inscribir a sus dependientes (incluido su cónyuge) porque tiene otro seguro de salud u otra cobertura de plan de salud grupal, usted podría inscribirse o inscribir a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes perdieran su elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de hacer los aportes correspondientes a la otra cobertura suya o de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días siguientes a la finalización de la otra cobertura suya o de sus dependientes (o siguientes a la fecha en que el empleador deje de hacer los aportes correspondientes a la otra cobertura).

Además, si tiene un nuevo dependiente debido a matrimonio, nacimiento, adopción o entrega en adopción, usted podría inscribirse e inscribir a sus dependientes. Sin embargo, usted debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o entrega en adopción.

Además, si decide no inscribirse o no inscribir a sus dependientes (incluido su cónyuge) mientras la cobertura de Medicaid o la cobertura de un programa estatal CHIP esté en vigencia, es posible que pueda inscribirse usted y sus dependientes en este plan si:

- se pierde la cobertura de Medicaid o de un programa estatal CHIP; o
- usted o las personas sus dependientes tienen derecho a una subvención de ayuda a la prima por parte del Estado.
- En cualquier caso, debe solicitar la inscripción 60 días después de la pérdida de la cobertura o en la fecha en que sea elegible para recibir asistencia para primas. Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, llame a la persona de contacto que aparece al final de este resumen.

PROTECCIÓN CONTRA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

HealthCheck360 es un programa voluntario disponible a todos los empleados elegibles a beneficios. Este programa es administrado de acuerdo a las regulaciones federales que permiten programas de bienestar auspiciados por el empleador y que buscan mejorar la salud de los empleados o prevenir enfermedades, incluyendo la Ley de 1990 de Americanos con Incapacidades, la Ley de 2008 de Información Genética No-discriminatoria y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud que fueran aplicables, entre otras. También se le requerirá que complete un chequeo biométrico que incluirá un análisis de sangre para determinar Colesterol y Glucosa. Ud no está obligado a participar en los chequeos biométricos.

Sin embargo, aquellos que escojan participar en el programa de bienestar recibirán un incentivo al haber mejorado o acercado a niveles favorables. A pesar que no están obligados a participar en los chequeos biométricos, sólo lo empleados que lo cumplan recibirán Créditos en sus primas de seguros de salud del año siguiente.

Habría incentivos adicionales disponibles a los empleados que participan en ciertas actividades tales como un examen preventivo. Si Ud. no pudiera participar en alguna de las actividades relacionadas con la salud, o logra cualquiera de los resultados de salud requeridos para ganar un incentivo, tendrá derecho a un arreglo razonable u otra alternativa. Ud. podrá solicitar un arreglo razonable o una alternativa poniéndose en contacto con Administrador del plan al teléfono # 530-747-3789.

Los resultados de su chequeo biométrico le ayudarán enterarse de su estado de salud actual y riesgos potenciales y también se usarán para ofrecerle servicios de acuerdo con el programa de bienestar, tales como consejos para su salud, cursos sobre bienestar. También se le estimula a que comparta sus resultados o sus inquietudes con su médico personal.

Protecciones contra la divulgación de información médica

Estamos requeridos por ley de mantener la privacidad y seguridad de su información de salud que pueda identificarlo personalmente. A pesar que el programa de bienestar y la familia de compañías HM.Clause, Inc. podrá usar la información total coleccionada para diseñar un programa basado en riesgos de salud identificados con el lugar de trabajo, HealthCheck360 no revelará ninguna de su información personal ya sea públicamente o al empleador, excepto como fuera necesario para responder a una solicitud proveniente de Ud. para arreglos razonables necesarios para participar en el programa de bienestar, o como expresamente permitido por la ley.

La información médica que lo identifique a Ud. personalmente que sea proporcionada en conexión con el programa de bienestar no será dada a sus supervisores o administradores y no podrá ser usada nunca para tomar decisiones respecto a su empleo.

La información de su salud no se venderá, intercambiará, transferirá, o de cualquier otra forma será revelada, excepto en la medida permitida por la ley para llevar a cabo actividades específicas relacionadas con el programa de bienestar, y Ud. no será solicitado o requerido a renunciar la confidencialidad de su información de salud como condición para participar en el programa de bienestar o recibir un incentivo. Cualquiera que recibiera su información para propósitos de suministrarle servicios como parte del programa de salud estará regido por los mismos requisitos de confidencialidad. El único individuo o individuos que recibirán información de salud personalmente identificable son representantes de Health Advocate con el fin de poder darle los servicios que ofrece el programa de bienestar.

Además, la información médica obtenida a través del programa de bienestar se mantendrá por separado de su archivo de personal, la información guardada electrónicamente será codificada y ninguna información proporcionada por Ud. como parte del programa de bienestar será usada en efectuar cualquier decisión referente a su empleo. Se tomarán precauciones apropiadas y en caso que ocurriera violación de la información que Ud. dé en conexión con el programa de bienestar, se lo comunicaremos inmediatamente.

Ud. no sufrirá discriminación en su empleo debido a información médica que haya ofrecido como parte de su participación en el programa de bienestar, ni podrá estar sujeto a represalias si escogiera no participar.

Si tuviera preguntas o dudas respecto a este aviso, o acerca de la protección contra discriminación y represalia, por favor póngase en contacto con Administrador del plan al teléfono # 530-747-3789.

DIVULGACIÓN DEL PROGRAMA DE BIENESTAR DE HIPAA

Su plan de salud se compromete a ayudarlo a lograr su mejor salud. Las recompensas por participar en un programa de bienestar están disponibles para todos los empleados. Si cree que no puede cumplir con un estándar para una recompensa bajo este programa de bienestar, es posible que califique para una oportunidad de ganar la misma recompensa por diferentes medios. Contáctenos al 530-747-3789 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 a la luz de su estado de salud.

DIVULGACIÓN DEL MODELO DE PROTECCIÓN AL PACIENTE

HealthNow Administration Services generalmente permiten 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. Hasta que usted haga esta designación, HealthNow Administration Services designan una para usted. Para obtener información sobre cómo seleccionar un proveedor de atención primaria y para obtener una lista de los proveedores de atención primaria participantes, comuníquese con HealthNow Administration Services al 800-220-2600.

En el caso de los niños, puede designar a un pediatra como proveedor de atención primaria.

No necesita autorización previa de HealthNow Administration Services 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 que se especialice en obstetricia o ginecología. Sin embargo, es posible que se requiera que el profesional de la salud cumpla con ciertos procedimientos, incluida la obtención de autorización previa para ciertos servicios, el seguimiento de un plan de tratamiento preaprobado o los procedimientos para hacer referencias. Para obtener una lista de los profesionales de la salud participantes que se especializan en obstetricia o ginecología, comuníquese con HealthNow Administration Services al 800-220-2600.

DECLARACIÓN DE DERECHOS DE ERISA

Como participante del plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones según la ley de seguridad en el Ingreso de los Retirados de 1974 ("Employee Retirement Income Security Act, ERISA"). La ley ERISA dispone que todos los participantes tendrán derecho a:

Recibir información sobre su plan y sus beneficios

- Examinar, sin cargo, en la oficina del administrador del plan y en otros lugares especificados, los documentos del plan y el plan, incluyendo el contrato de seguro y copias de todos los documentos presentados por el plan ante el departamento de trabajo ante los EE.UU. Departamento de trabajo de los Estados Unidos, si los hubiera, tales como informes anuales y descripciones del plan.
- Obtener copias de los documentos del plan y otra información del plan cuando lo solicite por escrito al administrador del plan. El administrador del plan puede cobrarle un cargo razonable por las copias.
- Recibir un resumen del informe financiero anual del plan, si se requiere que se presente conforme a ERISA. El Administrador del Plan está obligado, por ley, a proporcionar a cada participante una copia de este resumen de informe anual, si lo hubiera.

Continuar con la cobertura del plan de salud grupal

Si corresponde, puede continuar con la cobertura de atención médica para usted, su cónyuge o sus dependientes si hay una pérdida de cobertura bajo el plan como resultado de un evento habilitante. Es posible que usted y sus dependientes tengan que pagar por dicha cobertura. Revise la descripción resumida del plan y los documentos que rigen el Plan con respecto a las reglas sobre la continuación de los derechos de cobertura de COBRA.

Acciones Prudentes tomadas por los Fiduciarios del Plan

Además de establecer derechos para los participantes, ERISA impone obligaciones a las personas que son responsables de la operación del Plan. Estas personas, llamadas "fiduciarios" del Plan, tienen el deber de operar el Plan con prudencia y en beneficio de usted y de los demás participantes del Plan.

Nadie, ni la compañía ni ninguna otra persona, puede despedirlo o discriminarlo de ninguna manera para impedir que obtenga beneficios sociales o que ejerza sus derechos en virtud de la ley ERISA.

Haga valer sus derechos

Si se le deniega un reclamo de beneficio de bienestar en su totalidad o en parte, usted debe recibir una explicación por escrito sobre el motivo de la denegación. Tiene derecho a que el plan revise y reconsidere su solicitud.

Conforme a ERISA, hay pasos que usted puede tomar para hacer valer estos derechos. Por ejemplo, si usted solicita materiales del administrador del plan y no los recibe dentro de los 30 días, puede presentar una demanda ante un tribunal federal. En tal caso, el tribunal puede requerir que el administrador del plan le proporcione los materiales y le pague hasta \$152 por día (hasta un tope de \$1527 por solicitud), hasta que usted reciba los materiales, a menos que los materiales no se hayan enviado debido a razones fuera del control del administrador del plan. Si usted tiene un reclamo de beneficios que se niega o ignora, en todo o en parte, y ha agotado los procedimientos de reclamos disponibles conforme al plan, puede presentar una demanda en un tribunal estatal o federal. Si sucede que los fiduciarios del plan hacen un mal uso del dinero del plan, o si usted es discriminado por hacer valer sus derechos, puede buscar ayuda en el Departamento de trabajo de Estados Unidos, o puede presentar una demanda en un tribunal federal. El tribunal decidirá quién debe pagar los costos judiciales y los honorarios legales. Si usted tiene éxito, el tribunal puede ordenar a la persona que usted ha demandado que pague estos costos y honorarios. Si usted pierde (por ejemplo, si el tribunal concluye que su reclamo es frívolo), el tribunal puede ordenar que usted pague estos costos y honorarios.

Asistencia con sus preguntas

Si tiene alguna pregunta sobre su plan, esta declaración o sus derechos según la ley ERISA, debe comunicarse con la oficina más cercana de la administración de seguridad de beneficios para los empleados de Estados Unidos, del departamento del trabajo de Estados Unidos, listado en su directorio telefónico o con la división de asistencia técnica y consultas, administración seguridad de beneficios para los Empleados de Estados Unidos, Departamento de Trabajo, 200 Constitution Avenue N.W., Washington, D.C. 20220.

CONTACT INFORMATION

Las preguntas sobre cualquier parte de esta información pueden dirigirse a

Wendy Relich
260 Cousteau Place, Suite 210
Davis, California United States 95618
530-747-3734
wendy.relich@hmclause.com

Su información, sus derechos, nuestras responsabilidades.

*Se alienta a los destinatarios del aviso a que lo lean en su totalidad.
La información de contacto para preguntas o quejas está disponible al final del aviso.*

Sus derechos

Tiene derecho a:

- Obtener una copia de sus registros de salud y reclamos
- Corregir sus registros de salud y reclamos
- Solicitar una comunicación confidencial
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos
- Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información
- Obtener una copia de este aviso de privacidad
- Elegir a alguien para que actúe por usted
- Presentar una queja si cree que sus derechos de privacidad han sido violados

Sus opciones

Usted tiene algunas opciones con respecto a la forma en que usamos y compartimos la información a medida que:

- Responder a las preguntas sobre la cobertura de su familia y amigos
- Proporcionar socorro en casos de desastre
- Comercializar nuestros servicios y vender su información

Nuestros usos y divulgaciones

Podremos usar y compartir su información para:

- Ayudar a administrar el tratamiento de atención médica que recibe
- Dirigir nuestra organización
- Pagar sus servicios de salud
- Administrar su plan médico
- Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad
- Realizar investigaciones
- Cumplir con la ley
- Responder las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajamos con un médico forense o director de funeraria.
- Abordar la compensación de los trabajadores, la aplicación de la ley y otras solicitudes del gobierno
- Responder demandas o acciones legales

Sus derechos

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

En esta sección se explican sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

Obtener una copia de los registros de salud y reclamos

- Usted puede solicitar ver u obtener una copia de sus registros de salud y reclamaciones, y otra información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le brindaremos una copia o un resumen de sus registros de salud y reclamaciones, generalmente, antes de que transcurran 30 días de su solicitud. Es posible que cobremos una tarifa razonable para cubrir los costos.

Pedirnos que corrijamos los registros de salud y de pedidos de reembolso

- Nos puede solicitar que corrijamos sus registros de salud y reclamaciones si cree que no son correctos o que están incompletos. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos decir "no" a su solicitud, pero le informaremos el motivo por escrito, generalmente dentro de los 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (p. ej. al teléfono de su casa u oficina) o que le enviemos un correo postal a una dirección diferente.
- Consideraremos todas las solicitudes razonables y le diremos que "sí" si nos dice que usted estará en peligro si no lo hacemos.

Pedirnos que limitemos lo que usamos o compartimos

- Usted puede pedirnos que no utilicemos o compartamos cierta información de salud para el tratamiento, el pago o nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud.

Obtener una lista de las personas con las cuales hemos compartido la información

- Usted puede solicitar una lista (contabilización) de las veces que hemos compartido su información de salud durante seis años previos a la fecha que usted solicita, con quién la compartimos y porqué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas relacionadas con tratamiento, pagos y operaciones de atención médica, y ciertas otras divulgaciones (como cualquiera que usted nos haya solicitado hacer). Suministraremos una contabilización por año de manera gratuita, pero cobraremos una tarifa razonable con base en los costos si usted solicita otra antes de que transcurran 12 meses.

Obtener una copia de este aviso de privacidad

Usted puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha accedido a recibirlo electrónicamente. Le proporcionaremos una copia impresa rápidamente.

Elegir a alguien para que actúe en su nombre

- Si usted le ha otorgado a alguien un poder notarial para atención médica o si alguien es su tutor legal, dicha 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 cree que sus derechos han sido violados

- Usted puede presentar una queja si cree que hemos violado sus derechos poniéndose en contacto con nosotros usando la información al final de este aviso.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20221, llamando al 1-877-696-6775 o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints.
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Sus opciones

Para cierta información de salud, usted puede indicarnos sus opciones sobre lo que desea que compartamos. Si tiene una preferencia clara sobre la manera en que debemos compartir su información en las situaciones descritas a continuación, comuníquese con nosotros. Díganos qué desea que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene tanto el derecho como la elección de decirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su cuidado
- Compartamos información en una situación de ayuda en caso de desastres.

Si usted no puede informarnos sobre sus preferencias porque, por ejemplo, usted no está consciente, nosotros compartiremos su información si creemos que es para su beneficio. También podremos compartir su información cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.

En estos casos, nunca compartimos su información a menos que nos brinde permiso por escrito:

- Fines de marketing
- Venta de su información

Nuestros usos y divulgaciones

¿Cómo utilizamos o compartimos normalmente la información sobre su salud?

Normalmente, usamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras.

Ayudamos a administrar el tratamiento de atención médica que recibe

Podemos usar su información de salud y compartirla con los profesionales que lo están tratando.

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

Pagar sus servicios de salud

Podemos usar y divulgar la información sobre su salud mientras pagamos por sus servicios médicos.

Ejemplo: Compartimos información sobre usted con su plan odontológico para coordinar el pago de su trabajo odontológico.

Administrar su plan

Podemos divulgar la información sobre su salud al patrocinador de su plan de salud para la administración del plan.

Ejemplo: su compañía nos contrata para proporcionar un plan médico y nosotros le proporcionamos a su compañía ciertas estadísticas para explicar las primas que cobramos.

Dirigimos nuestra organización

- Podemos utilizar y divulgar su información para dirigir nuestra organización y ponernos en contacto con usted cuando sea necesario.
- No podemos usar información genética para decidir si le brindaremos cobertura y el precio de esa cobertura. Esto no se aplica a los planes de atención a largo plazo.

Ejemplo: utilizamos su información médica para desarrollar mejores servicios para usted.

¿De qué otra manera usamos o compartimos su información de salud?

Se nos permite o se nos exige que compartamos su información de otras maneras, por lo general de manera que contribuya al bien público, como la salud pública y la investigación. Debemos cumplir ciertas condiciones legales antes de poder compartir información para estos fines. Para más información, consulte:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Ayudamos con asuntos de salud pública y seguridad

Podemos compartir información de salud sobre usted en ciertas situaciones como:

- Prevenir enfermedades
- Ayudar con la retirada de productos
- Notificar reacciones adversas a los medicamentos. Notificar supuestos abusos, negligencias o violencia doméstica
- Evitar o reducir una amenaza grave a la salud o seguridad de una persona.

Realizamos investigaciones

Podemos usar o compartir su información para investigaciones de salud.

Para cumplir con la ley

Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluso con el departamento de salud y servicios humanos si quiere ver que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

Respondemos las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajamos con un médico forense o director de funeraria.

- Podemos compartir información de salud sobre usted con organizaciones de búsqueda de órganos.
- Podemos compartir información de salud con un médico forense, examinador médico o director de funerales cuando una persona fallece.

Abordar la remuneración de los trabajadores, la aplicación de la ley y otras exigencias gubernamentales

Podemos usar o compartir su información de salud:

- Para los reclamos de compensación de trabajadores
- Para fines de cumplimiento de la ley, o con un oficial de cumplimiento de la ley
- Con agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por ley
- Para funciones especiales del gobierno, como el ejército, la seguridad nacional y los servicios de protección presidencial

Para responder a demandas y acciones legales

Podemos compartir información sobre su salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produce una filtración que pueda comprometer la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir con los deberes y las prácticas de privacidad que se describen en este aviso y darle una copia del mismo.
- No usaremos ni compartiremos información de forma diferente a la descrita aquí a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. En caso de autorizarnos a hacerlo, usted puede cambiar de idea en cualquier momento. Infórmenos por escrito si cambia de idea.

Para más información, consulte: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Cambios a los términos de este aviso

Podemos cambiar los términos y condiciones de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a pedido, en nuestro sitio web (si es aplicable), y le enviaremos una copia por correo.

Otras instrucciones para el Aviso

1. 1 de julio de 2024
 - Wendy Relich, 530-747-3734, wendy.relich@hmclause.com

LENGUAJE MODELO PARA EL USO DE TODAS LAS ENTIDADES SOBRE EL AVISO DE DIVULGACIÓN

INDIVIDUAL DE LA COBERTURA ACREDITABLE PARA BENEFICIARIOS DESPUÉS DEL 1 DE ABRIL DE 2011.

Si usted está recibiendo este aviso electrónicamente, usted es responsable de proporcionar una copia de esta notificación a cualquier dependiente elegible para Medicare Part D que esté cubierto bajo el plan de salud.

Aviso Importante de HM.Clause, Inc. Sobre su Cobertura para Recetas Médicas y Medicare

Por favor lea este aviso cuidadosamente y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual para recetas médicas con HM.Clause, Inc. y sus opciones bajo la cobertura de Medicare para medicamentos recetados. Además, le menciona dónde encontrar más información que le ayude a tomar decisiones sobre su cobertura para medicinas. Si usted está considerando inscribirse, debe comparar su cobertura actual, incluyendo los medicamentos que están cubiertos a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicinas recetadas en su área. Información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados se encuentra al final de este aviso.

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

- 1. La nueva cobertura de Medicare para recetas médicas está disponible desde el 2006 para todas las personas con Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan de Medicare para Recetas Médicas, o un Plan Medicare Advantage (como un PPO o HMO) que ofrece cobertura para medicamentos recetados. Todos los planes de Medicare para recetas médicas proporcionan por lo menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Además, algunos planes pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.**
- 2. HM.Clause, Inc. ha determinado que la cobertura para recetas médicas ofrecida por el Anthem EPO – California Only, Standard PPO, Choice PPO, HSA PPO en promedio se espera que pague tanto como lo hará la cobertura estándar de Medicare para recetas médicas para todos los participantes del plan y por lo tanto es considerada Cobertura Acreditable. Debido a que su cobertura actual es Acreditable, usted puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una penalidad), si más tarde decide inscribirse en un plan de Medicare.**

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

Usted puede inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos la primera vez que es elegible para Medicare y cada año del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Sin embargo, si pierde su cobertura actual acreditable, y no es su culpa, usted será elegible para dos (2) meses en el Período de Inscripción Especial (SEP) para subscribirse en un Plan Medicare de medicinas.

La Ley de Reducción de Papeleo de 1995 requiere que le avisemos que la colección de esta información se hace según las disposiciones de la sección 3507 de La Ley de Reducción de Papeleo de 1995. No podemos coleccionar ni patrocinar la colección de información, y usted no está obligado a responder a una colección de información a menos que muestre un número válido de control de la Oficina de Gerencia y Presupuesto (OMB, siglas en inglés). El número válido de control de OMB para esta colección de la información es 0938-0990. Calculamos que tardará unas 8 horas para completar cada sección. Esto incluye el tiempo que se tardará en leer las instrucciones, reunir la información necesaria y llenar el formulario. Si usted tiene comentarios sobre la precisión del estimado que toma llenar este formulario o sugerencias de cómo mejorar este documento, por favor envíelos por escrito a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.

LENGUAJE MODELO PARA EL USO DE TODAS LAS ENTIDADES SOBRE EL AVISO DE DIVULGACIÓN

INDIVIDUAL DE LA COBERTURA ACREDITABLE PARA BENEFICIARIOS DESPUÉS DEL 1 DE ABRIL DE 2011.

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

Si decide inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos recetados, su cobertura actual con HM.Clause, Inc. puede ser afectada.

Si cancela su cobertura actual con HM.Clause, Inc. y se inscribe en un plan de Medicare para recetas médicas, puede ser que más adelante ni usted ni sus dependientes puedan obtener su cobertura de nuevo.

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

Usted debe saber también que si cancela o pierde su cobertura actual con HM.Clause, Inc. y deja de inscribirse en una cobertura de Medicare para recetas médicas después de que su cobertura actual termine, podría pagar más (una penalidad) por inscribirse más tarde en una cobertura de Medicare para recetas médicas.

Si usted lleva 63 días o más sin cobertura acreditable para recetas médicas que sea por lo menos tan buena como la cobertura de Medicare para recetas médicas, su prima mensual aumentará por lo menos un 1% al mes por cada mes que usted no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si usted lleva diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima siempre será por lo menos 19% más alta de lo que la mayoría de la gente paga. Usted tendrá que pagar esta prima más alta (penalidad) mientras tenga la cobertura de Medicare. Además, usted tendrá que esperar hasta el siguiente mes de octubre para inscribirse.

Para más información sobre este aviso o su cobertura actual para recetas médicas...

Llame a nuestra oficina para más información. NOTA: Usted recibirá este aviso cada año. Recibirá el aviso antes del próximo período en el cual usted puede inscribirse en la cobertura de Medicare para recetas médicas, y en caso de que esta cobertura con HM.Clause, Inc. cambie. Además, usted puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

CMS Form 10182-CC

Revisada el 1 de Abril de 2011

La Ley de Reducción de Papeleo de 1995 requiere que le avisemos que la colección de esta información se hace según las disposiciones de la sección 3507 de La Ley de Reducción de Papeleo de 1995. No podemos coleccionar ni patrocinar la colección de información, y usted no está obligado a responder a una colección de información a menos que muestre un número válido de control de la Oficina de Gerencia y Presupuesto (OMB, siglas en inglés). El número válido de control de OMB para esta colección de la información es 0938-0990. Calculamos que tardará unas 8 horas para completar cada sección. Esto incluye el tiempo que se tardará en leer las instrucciones, reunir la información necesaria y llenar el formulario. Si usted tiene comentarios sobre la precisión del estimado que toma llenar este formulario o sugerencias de cómo mejorar este documento, por favor envíelos por escrito a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.

LENGUAJE MODELO PARA EL USO DE TODAS LAS ENTIDADES SOBRE EL AVISO DE DIVULGACIÓN

INDIVIDUAL DE LA COBERTURA ACREDITABLE PARA BENEFICIARIOS DESPUÉS DEL 1 DE ABRIL DE 2011.

Para más información sobre sus opciones bajo la cobertura de Medicare para recetas médicas...

Revise el manual "Medicare y Usted" para información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura para recetas médicas. Medicare le enviará por correo un ejemplar del manual. Tal vez los planes de Medicare para recetas médicas le llamen directamente.

Asimismo, usted puede obtener más información sobre los planes de Medicare para recetas médicas de los siguientes lugares:

- Visite www.medicare.gov por Internet para obtener ayuda personalizada,
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte su manual Medicare y Usted para obtener los números telefónicos)
- Llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

Para las personas con ingresos y recursos limitados, hay ayuda adicional que paga por un plan de Medicare para recetas médicas. El Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) tiene disponible información sobre esta ayuda adicional. Para más información sobre esta ayuda adicional, visite la SSA en línea en www.socialsecurity.gov por Internet, o llámeles al 1-800-772-1213 (Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-800-325-0778).

Recuerde: Guarde este aviso. Si se inscribe en uno de los nuevos planes aprobados por Medicare que ofrece cobertura de medicamentos recetados, tal vez necesite dar una copia de este aviso cuando se inscriba a fin de demostrar si mantiene o no una cobertura acreditable y si debe pagar una prima más alta (una penalidad).

Fecha:	07/01/2024
Nombre de la Entidad/Remitente:	HM.Clause, Inc.
Contacto – Puesto/Oficina:	Wendy Relich
Dirección:	260 Cousteau Place, Suite 210 Davis, California 95618
Número de Teléfono:	530-747-3734

CMS Form 10182-CC

Revisada el 1 de Abril de 2011

La Ley de Reducción de Papeleo de 1995 requiere que le avisemos que la colección de esta información se hace según las disposiciones de la sección 3507 de La Ley de Reducción de Papeleo de 1995. No podemos coleccionar ni patrocinar la colección de información, y usted no está obligado a responder a una colección de información a menos que muestre un número válido de control de la Oficina de Gerencia y Presupuesto (OMB, siglas en inglés). El número válido de control de OMB para esta colección de la información es 0938-0990. Calculamos que tardará unas 8 horas para completar cada sección. Esto incluye el tiempo que se tardará en leer las instrucciones, reunir la información necesaria y llenar el formulario. Si usted tiene comentarios sobre la precisión del estimado que toma llenar este formulario o sugerencias de cómo mejorar este documento, por favor envíelos por escrito a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.

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 cómo 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

Sitio web: <http://myalhipp.com>
Teléfono: 1-855-692-5447

ALASKA – Medicaid

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

Sitio web: <http://myarhipp.com/>
Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)

CALIFORNIA – Medicaid

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+)

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

FLORIDA – Medicaid

Sitio web: <https://www.flmedicaidtplecovery.com/flmedicaidtplecovery.com/hipp/index.html>
Teléfono: 1-877-357-3268

GEORGIA – 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

INDIANA – Medicaid

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/dfr>
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)

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

KANSAS – Medicaid

Sitio web: <https://www.kancare.ks.gov/>
Teléfono: 1-800-792-4884
Teléfono de HIPP: 1-800-967-4660

KENTUCKY - Medicaid

Sitio web del Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP):
<https://www.chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx>
Teléfono: 1-855-459-6328
Por correo electrónico: KIHIPPPROGRAM@ky.gov
Sitio web de KCHIP: <https://kynect.ky.gov>
Teléfono: 1-877-524-4718
Sitio web de Medicaid de Kentucky: <https://chfs.ky.gov/agencies/dms>

LOUISIANA – Medicaid

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

Sitio web por inscripción: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US
Teléfono: 1-800-442-6003
TTY: Maine relay 711
Página web por primos de seguro de salud privado: <https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms>
Teléfono: 1-800-977-6740
TTY: Maine relay 711

MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP

Sitio web: <https://www.mass.gov/masshealth/pa>
Teléfono: 1-800-862-4840
TTY: 711
Por correo electrónico: masspremassistance@accenture.com

MINNESOTA – Medicaid

Sitio web: <https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/>
Teléfono: 1-800-657-3672

MISSOURI – Medicaid

Sitio web: <https://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm>
Teléfono: 573-751-2005

MONTANA – Medicaid

Sitio web: <https://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP>
Teléfono: 1-800-694-3084
Por correo electrónico: HSHIPPPProgram@mt.gov

NEBRASKA – Medicaid

Sitio web: <http://www.ACCESSNebraska.ne.gov>
Teléfono: 1-855-632-7633
Lincoln: 402-473-7000
Omaha: 402-595-1178

NEVADA – Medicaid

Sitio web de Medicaid: <http://dhcfp.nv.gov>
Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900

NUEVO HAMPSHIRE – 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: 1-800-852-3345, ext. 15218
Por correo electrónico: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov

NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP

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)

NUEVA YORK – Medicaid

Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831

CAROLINA DEL NORTE – Medicaid

Sitio web: <https://medicaid.ncdhhs.gov>
Teléfono: 919-855-4100

DAKOTA DEL NORTE – Medicaid

Sitio web: <http://www.hhs.nd.gov/healthcare>
Teléfono: 1-844-854-4825

OKLAHOMA – Medicaid y CHIP

Sitio web: <http://www.insureoklahoma.org>
Teléfono – 1-888-365-3742

OREGON – Medicaid y CHIP

Sitio web: <https://cuidadodesalud.oregon.gov/Pages/index.aspx>
Teléfono: 1-800-699-9075

PENSILVANIA – 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)

RHODE ISLAND– Medicaid y CHIP

Sitio web: <http://www.eohhs.ri.gov/>
Teléfono: 1-855-697-4347 o 401-462-0311 (Direct RIta Share Line)

CAROLINA DEL SUR – Medicaid

Sitio web: <https://www.scdhhs.gov>
Teléfono: 1-888-549-0820

DAKOTA DEL SUR – Medicaid y CHIP

Sitio web: <http://dss.sd.gov>
Teléfono: 1-888-828-0059

TEXAS – Medicaid

Sitio web: <https://www.hhs.texas.gov/es/servicios/finanzas/programa-de-pago-de-las-primas-del-seguro-medico>
Teléfono: 1-800-440-0493

UTAH– Medicaid y CHIP

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

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

VIRGINIA – Medicaid y CHIP

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

Sitio web: <http://www.hca.wa.gov>
Teléfono: 1-800-562-3022

WEST VIRGINIA – Medicaid y CHIP

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

Sitio web: <https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm>
Teléfono: 1-800-362-3002

WYOMING – Medicaid

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. 6156

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites

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

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

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



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

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

PARTE A: Información general

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

¿Qué es el Mercado de Seguros Médicos?

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

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

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

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

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

Nota: si compra un plan de salud a través del Mercado, en lugar de aceptar la cobertura de salud ofrecida a través de su empleo, entonces puede perder el acceso a todo lo que el empleador contribuya a la cobertura basada en el empleo. Además, esta contribución del empleador, así como la contribución de su empleado a la cobertura basada en el empleo, generalmente se excluye de los ingresos para efectos del impuesto sobre la renta federal y estatal. Sus pagos de

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.

cobertura a través del Mercado se realizan después de impuestos. Además, tenga en cuenta que, si la cobertura de salud ofrecida a través de su empleo no cumple con las normas de asequibilidad o valor mínimo, pero acepta esa cobertura de todos modos, no será elegible para un crédito fiscal. Debe considerar todos estos factores al determinar si debe comprar un plan de salud a través del Mercado.

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

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

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

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 HM. Clause, Inc.		4. Número de identificación del empleador (EIN, por sus siglas en inglés) 94-1695235	
5. Dirección del 260 Cousteau Place, Suite 210		6. Número de teléfono del empleador 530-747-3722	
7. Ciudad Davos	8. Estado CA	9. Código postal 95618	
10. ¿A quién podemos contactar sobre la cobertura de salud de los empleados en este trabajo? Wendy Relich			
11. Número de teléfono (si es diferente al anterior) 530-747-3734		12. Dirección de correo electrónico wendy.relich@hmclause.com	

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

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

☒ Todos los empleados. Los empleados elegibles son:

Empleados a tiempo completo que trabajan más de 30 horas por semana.

☒ Algunos empleados. Los empleados elegibles son:

Los empleados de temporada son elegibles para participar en la opción Choice PPO solo si trabajan al menos mil (1,000) horas pero no más de mil setecientas (1,700 horas) en un período de doce (12) meses consistente con los períodos de medición definidos por la ACA.

- Respecto a los dependientes:

☒ Ofrecemos cobertura. Los dependientes elegibles son:

Cónyuge (la persona con la que está legalmente casado según la ley estatal, incluido el cónyuge del mismo sexo), pareja doméstica del mismo sexo O pareja doméstica del sexo opuesto, hijo(s) e hijo(s) de su pareja doméstica.

☐ No ofrecemos cobertura.

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

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

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

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

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

☐ **Sí** (Continuar)

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

☐ **No** (DETÉNGASE y devuelva este formulario al empleado)

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

☐ **Sí** (Pase a la pregunta 15)

☐ **No** (DETÉNGASE y devuelva el formulario al empleado)

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

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

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

☐ Mensualmente ☐ Trimestralmente ☒ Anualmente

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

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

☐ El empleador no ofrecerá cobertura de salud

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

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

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

☐ Mensualmente ☐ Trimestralmente ☐ Anualmente