

PIONEERS

IMPERIAL VALLEY HEALTHCARE DISTRICT



Guía de beneficios para 2025

Este folleto describe los aspectos generales de los planes ofrecidos por Imperial Valley Healthcare District y no pretende ser de ninguna manera un resumen de la descripción del plan ni un documento de los planes. Si hubiera alguna discrepancia entre este folleto y los documentos del plan o la política de Imperial Valley Healthcare District, regirán los documentos del plan o las pólizas. Todos los resúmenes de las descripciones de los planes están disponibles a través de Recursos Humanos. Nos reservamos el derecho de modificar cualquiera de estos planes en cualquier momento.

Contenido

Página 2

Bienvenido
Elegibilidad

Página 3

Seguro médico
Medicamentos recetados
Cobertura

Páginas 4-9

Características del plan médico
Cómo encontrar un proveedor
Regístrese con Alluma

Página 10

Cuenta de Gastos Flexibles
Cuentas

Página 11

Plan odontológico
Plan oftalmológico

Página 12

Accidentes
Enfermedad grave
Indemnización de hospital
Discapacidad

Página 13

Seguro de vida
Servicios jurídicos
Robo de identidad
Beneficios adicionales

Páginas 14 - 15

Asistencia a empleados
Programa de Asistencia al
Empleado
Opciones de jubilación
Información de contacto para
beneficios

Páginas 16-22

Avisos importantes

Bienvenida

En Imperial Valley Healthcare District, nos esforzamos por ofrecer un sólido paquete de beneficios que le brinde la tranquilidad de saber que las cosas más importantes de la vida están protegidas: su familia, sus finanzas y su futuro. Este resumen de beneficios destaca las diversas opciones de beneficios a su disposición.

Únicamente durante su período inicial de inscripción, tendrá la oportunidad de inscribirse en ciertos planes de beneficios voluntarios sin tener que responder preguntas sobre su salud. Si se inscribe en una fecha posterior, se le podrá pedir que responda preguntas médicas antes de inscribirse en la cobertura.

Elegibilidad

Si usted es un empleado que trabaja regularmente un mínimo de 32 horas por semana, es elegible para inscribirse en los beneficios. Los empleados elegibles también pueden optar por inscribir a los miembros de la familia, incluyendo cónyuge legal/pareja doméstica registrada (según lo definido legalmente por las leyes estatales y locales) y/o los hijos elegibles.

Sus opciones de inscripción tienen vigencia hasta el final del año del plan de beneficios, del 1 de julio hasta el 30 de junio. Los beneficios para nuevos empleados elegibles comenzarán el primer día del mes posterior a los 30 días de la contratación.

¡Estamos aquí para ayudar! Si tiene alguna pregunta,
Comuníquese con el Departamento de Recursos Humanos. Departamento de Recursos
Humanos al número **760-351-3296** o al correo electrónico **mcanchola@iv-hd.org**.

Cobertura médica – Aetna – ¡Nueva red!

Los planes médicos de Imperial Valley Healthcare District ofrecen flexibilidad en la administración de la atención para usted y su familia. Usted tiene la opción de elegir entre dos planes de **Aetna, nuestra nueva red médica**: Freedom Medical PPO e Independence Medical PPO. Aunque puede acudir al médico que desee, recibirá mayores beneficios y menos costos cuando elija un proveedor del Imperial Valley Healthcare District o de la red. **Los reclamos se presentan a través de Meritain, nuestro nuevo administrador, así que asegúrese de tener su tarjeta de identificación de Meritain/Aetna antes de visitar a su proveedor.**

Tenga en cuenta que, si tiene otra cobertura médica grupal y renuncia al plan médico de IVHD, tiene derecho a recibir \$100 por mes a través de su nómina. Debe proporcionar una copia (anverso y reverso) de su tarjeta de seguro a RR.HH. Si no presenta una copia de su tarjeta de seguro, se le inscribirá en el plan Independence únicamente como empleado.

La tabla en la siguiente página proporciona un resumen de sus beneficios médicos; consulte su Descripción resumida del plan (SPD) para obtener más detalles.

Cobertura de medicamentos recetados – Alluma

- Muchos medicamentos recetados aprobados por la FDA están cubiertos por el plan de medicamentos recetados de Imperial Valley Healthcare District. A continuación se detalla información importante con respecto a su cobertura de medicamentos:
- Los planes Freedom e Independence ofrecen cobertura para los medicamentos recetados de Nivel 1 y Nivel 2. Los medicamentos recetados de Nivel 3 no están cubiertos.
- Para medicamentos especializados, se aplica un coseguro del 10 % hasta un máximo de \$200 por prescripción.
- Su plan de medicamentos recetados requieren diferentes niveles de pago según el nivel. Su copago o coseguro será más alto con un número de nivel más alto.
- Sus planes de medicamentos recetados tienen un deducible de \$50 por año calendario. Esto significa que primero debe alcanzar su deducible antes de que el plan pague algún beneficio.
- Se aplicará un máximo anual de gastos de bolsillo por separado para los medicamentos con receta de la red (\$2,600 individual/\$5,200 familiar). Una vez que alcanzó su gasto máximo de bolsillo, el plan paga el 100 % de la cobertura para el resto del año del plan.
- El **formulario de Alluma Advantage** es una lista de medicamentos recetados que incluye medicamentos genéricos y de marca.
- Tenga presente que, aunque le prescriban recetas que no están en el formulario, los medicamentos que no aparecen en la lista del formulario Advantage es posible que no estén cubiertos. Le recomendamos hablar con su proveedor de atención médica para determinar si el medicamento que aparece en el formulario es adecuado para usted.

Para obtener una versión actual de la lista de medicamentos recetados, visite Allumaco.com/members y seleccione Advantage.

¿Por qué pagar más?

Hay algunas maneras en las que puede ahorrar dinero al usar el plan de medicamentos recetados:



Pedido por correo

Ahorre tiempo y dinero gracias al servicio de pedido por correo para los medicamentos de mantenimiento. Se le enviará un suministro para 90 días, en vez de comprar el típico suministro para 30 días en una farmacia común.



Busque precios

Es posible que algunas farmacias, como las que se encuentran en los almacenes o tiendas de descuentos, ofrezcan prescripciones más económicas que otras. Al llamar con anticipación, puede determinar qué farmacia ofrece el precio más competitivo.



Explore las opciones de venta libre

Para dolencias comunes, es posible que los medicamentos de venta libre ofrezcan una opción más económica que cumpla la misma función que los medicamentos recetados.

Sus planes médicos

A continuación hay una comparación de sus opciones de planes médicos.

	Plan Freedom PPO			Plan Independence PPO		
Beneficio	Nivel I: IVHD	Nivel II: Dentro de la red	Nivel III: Fuera de la red	Nivel I: IVHD	Nivel II: Dentro de la red	Nivel III: Fuera de la red
Deducibles y montos máximos						
Deducible anual						
Individual	\$0	\$1,000	\$1,500	\$0	\$1,500	\$2,500
Familiar	\$0	\$2,000	\$3,000	\$0	\$3,000	\$5,000
Máximo anual de gastos de bolsillo <i>incluyendo deducible</i>						
Individual	\$1,500	\$3,000	\$6,000	\$2,000	\$4,000	\$8,000
Familiar	\$3000	\$6,000	\$12,000	\$4,000	\$8,000	\$16,000
Servicios cubiertos						
Atención preventiva	Sin cargo	Sin cargo	Sin cobertura	Sin cargo	Sin cargo	Sin cobertura
Médico	\$20 de copago	Copago de \$20*	50 %	\$20 de copago	Copago de \$20*	50 %
Especialista	\$40 de copago	Copago de \$40*	50 %	\$40 de copago	Copago de \$40*	50 %
Radiografía/laboratorio	Sin cargo	Sin cargo	50 %	Sin cargo	Sin cargo	50 %
Servicios hospitalarios a pacientes ingresados	Sin cargo	\$250/Admisión + 25 %	\$250/Admisión + 50 %	Sin cargo	\$250/Admisión + 40 %	\$250/Admisión + 50 %
Sala de emergencias	\$250/Visita*	\$250/Visita*	\$250/Visita*	\$250/Visita*	\$250/Visita*	\$250/Visita*
Beneficio de medicamentos recetados (deducible anual de \$50 para medicamentos recetados)						
Máximo anual de gastos de bolsillo para medicamentos recetados <i>incluyendo deducible</i>						
Individual/Familiar	\$2,600 / \$5,200					
Suministro para 30 días						
Nivel 1	N/C	\$10	Sin cobertura	N/C	\$10	Sin cobertura
Nivel 2	N/C	\$30	Sin cobertura	N/C	\$30	Sin cobertura
Nivel 3	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
Especialidad	N/C	10 % hasta \$200	Sin cobertura	N/C	10 % hasta \$200	Sin cobertura
Suministro para 90 días en farmacia y pedido por correo						
Nivel 1	N/C	\$20	Sin cobertura	N/C	\$20	Sin cobertura
Nivel 2	N/C	\$60	Sin cobertura	N/C	\$60	Sin cobertura
Nivel 3	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
Especialidad	N/C	Sin cobertura	Sin cobertura	N/C	Sin cobertura	Sin cobertura
Costo quincenal del empleado						
Empleado	\$81.27			\$34.33		
Empleado + cónyuge	\$258.98			\$174.20		
Empleado + Cónyuge <i>Con recargo conyugal**</i>	\$283.98**			\$199.20 **		
Empleado + hijo	\$208.37			\$139.96		
Familiar	\$322.52			\$232.89		

*No sujeto a deducible por año calendario.

** Se añadirá un cargo adicional de \$25/quincenal por cónyuge/pareja de hecho participante si es elegible para cobertura médica a través de su empleador y se inscribe en un plan médico de IVHD.

Aspectos destacados del beneficio

Acceso al proveedor de Nationwide con un descuento

Cuando usted y su familia buscan servicios de atención médica, tienen acceso a la amplia red nacional de proveedores y centros de atención médica de Aetna. La red de Aetna contiene más de 664,000 médicos participantes y proveedores auxiliares, con 5,667 hospitales.¹ Cuando visite a los proveedores de la red de Aetna, recibirá servicios a tarifas negociadas y económicas, lo que le ayudará a ahorrar en el costo de la atención médica.

Localizar a sus proveedores preferidos

Con la amplia participación de proveedores de Aetna, muchos de sus médicos preferidos pueden estar ya en la red de Aetna. Para averiguar si un médico o centro sanitario participa o no, visite <https://www.aetna.com/dsepublic/#/mymeritain>.



Cómo acceder a su aplicación web móvil

iPhone®

- Una vez que inicie sesión en el sitio web de miembro a través de www.meritain.com, haga clic en el icono en la parte inferior de la página.
- A continuación, desplácese por las opciones del menú y seleccione Add to Home Screen (Agregar a la pantalla de inicio).
- Haga clic en Add (Agregar) en la esquina superior derecha.
- Entonces se instalará el logotipo de la aplicación Meritain Health y se agregará a su pantalla de inicio.
- Luego podrá iniciar sesión a través de la aplicación en lugar de pasar por el sitio web.

Android™

- Una vez que inicie sesión en su sitio web de miembro a través de www.meritain.com, aparecerá el mensaje emergente Add Meritain Health to Home Screen (Agregar Meritain Health a la pantalla de inicio) en la parte inferior de la página. Haga clic en este mensaje.
- Luego, puede hacer clic en Add para agregar el logotipo a la página de inicio o Cancel (Cancelar) para anular.
- Entonces se instalará el logotipo de la aplicación Meritain Health y se agregará a su pantalla de inicio.
- Abra la aplicación desde la pantalla de inicio e inicie sesión.

No todos los servicios están cubiertos. Consulte los documentos del plan para obtener una descripción completa de los beneficios, exclusiones y limitaciones de la cobertura. Los proveedores son contratistas independientes y no son agentes de Meritain Health. La participación del proveedor puede cambiar sin previo aviso. Meritain Health y Aetna no ofrecen atención ni garantizan el acceso a los servicios de salud.

¹ <https://www.aetna.com/about-us/aetna-facts-and-subsidiaries/aetna-facts.html>

Herramientas y recursos prácticos

Su sitio web personalizado para miembros

Una vez inscrito como miembro de Meritain Health, tendrá acceso al sitio web para miembros de **Meritain Health**. Cuando inicie sesión, encontrará todo lo que necesita saber sobre sus beneficios, desde la elegibilidad hasta la inscripción y lo que está cubierto. Es otra manera en que estamos trabajando con usted para ayudarle a obtener lo máximo de sus beneficios, para que pueda vivir una vida equilibrada e informada.

El registro en el sitio web para miembros es sencillo

Si ya está registrado para acceder a su cuenta en línea, simplemente ingrese a www.meritain.com en su navegador y inicie sesión desde la página de inicio.

Si aún no está registrado, no pasa nada. El registro es un sencillo proceso de tres pasos.

1

Escanee el código QR y haga clic en el enlace para registrarse o visitar www.meritain.com. Luego, en la esquina superior derecha, haga clic en *Register*.



2

A continuación, seleccione *Member* bajo *I am a* e ingrese su identificación de grupo. Puede encontrar su identificación de grupo en la parte frontal de su tarjeta de identificación de miembro. (Si es nuevo en el plan, pronto recibirá su tarjeta de identificación de miembro por correo). Luego, haga clic en *Continue*.*

Tenga presente: Puede establecer un inicio de sesión para usted, así como para cualquier hijo menor de 18 años que esté cubierto por su plan. Para fines de privacidad, su cónyuge y dependientes mayores de 18 años, cubiertos por el plan, deben acceder a su información personal mediante un nombre de usuario y una contraseña propios..

3

Deberá completar su:

- ID del grupo (ubicada en su tarjeta de identificación de miembro).
- ID del miembro (ubicada en su tarjeta de identificación de miembro).
- Fecha de nacimiento
- Nombre.
- Código postal.
- Dirección de correo electrónico:

A continuación, puede crear un nombre de usuario y una contraseña. A continuación, se le pedirá que confirme su dirección de correo electrónico y ¡listo! La próxima vez que inicie sesión, solo use el mismo nombre de usuario y contraseña.



Los miembros tienen derecho a solicitar a su plan de salud que establezca restricciones sobre (i) la manera en que el plan de salud utiliza o divulga su PHI para operaciones de tratamiento, pago o atención médica; y (ii) la divulgación del plan de salud de su PHI a personas que pueden estar involucradas en su atención médica o pago de la misma (por ej., familiares o amigos cercanos).

*Número de grupo: 24792

Herramientas y recursos prácticos

Contactos importantes del plan

¿Con qué necesita ayuda?

Médicos y hospitales dentro de la red

Atención al cliente de Meritain Health **1.800.925.2272**

Acceda a su sitio web para miembros de Meritain Health en www.meritain.com

La red de proveedores Aetna Choice® POS II

Línea de proveedores de Aetna **1.800.343.3140**

www.aetna.com/docfind/custom/mymeritain

Mis beneficios de medicamentos recetados

Servicio al cliente de Alluma/Express Scripts

1.866.544.2926

Precertificación

Meritain Health Medical Management **1.800.242.1199**

Elecciones de inscripción/beneficios

Imperial Valley Healthcare District **760.351.3297**

Representante de Recursos Humanos



Encuentre una farmacia

Encuentre una farmacia dentro de la red en allumaco.com/members, esté donde esté con la aplicación móvil Alluma (con el respaldo de Express Scripts).

Desde su portal para miembros:

Seleccione **“Buscar una farmacia”** desde el menú **Recetas**.

Ingrese el código postal o la ciudad/estado donde desea encontrar una farmacia. Haga clic en el cuadro **“Abierto las 24 horas”** para limitar su búsqueda solo a esas farmacias, si es necesario. Haga clic en **“Ubicar farmacia”**.

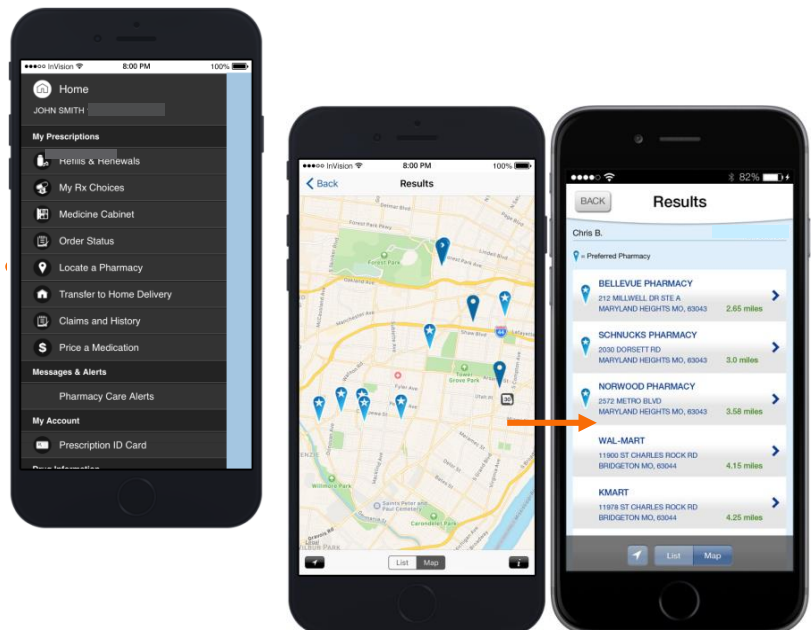
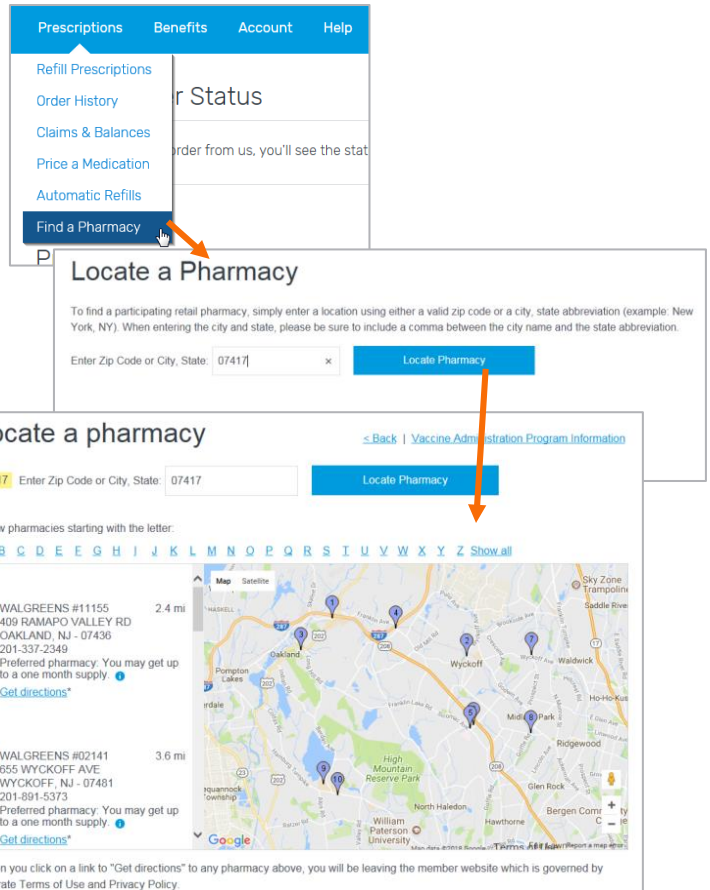
Los resultados de la búsqueda proporcionan un mapa y una lista que muestra las farmacias cercanas con dirección e información de contacto. También puede **“Obtener indicaciones”**. Haga clic en una letra para encontrar farmacias por orden alfabético.

Desde su **aplicación móvil**:

Seleccione **“Localizar una farmacia”** en el menú principal. Ingrese el código postal, ciudad/estado o **“Ubicación actual”**.

Los resultados de la búsqueda proporcionan un mapa que muestra las farmacias cercanas. Las farmacias de la red se indican con una estrella.

Haga clic en el marcador para ver el nombre de la farmacia y haga clic en la flecha para ver más información. También puede hacer clic para llamar a la farmacia o para obtener indicaciones desde su ubicación actual.



Nota: Las capturas de pantalla son una representación de los resultados de la búsqueda y es posible que no correspondan específicamente a su plan de beneficios.

Registrarse con Alluma

Acceso en línea para ahorros y comodidad

Administre sus medicamentos en cualquier lugar, en cualquier momento con allumaco.com/member y la aplicación móvil Alluma (con el respaldo de Express Scripts™)

Regístrese ahora para:

- **Obtener más ahorros.**
Comparar precios de medicamentos en múltiples farmacias.
- **Más comodidad.**
Que le envíen a su hogar suministros para hasta 90 días de su medicamento a largo plazo. Solicitar recargas, verificar el estado del pedido y realizar un seguimiento de los envíos.
- **Más confianza.**
Hablar con un farmacéutico desde la privacidad de su hogar en cualquier momento y desde cualquier lugar. Encontrar la información más reciente sobre su medicamento, incluidos los posibles efectos secundarios e interacciones.
- **Más flexibilidad.**
Descargue la aplicación móvil Express Scripts para administrar sus medicamentos, encontrar farmacias cercanas y obtener indicaciones esté donde esté.

¡Empiece hoy!

Registrarse es seguro y sencillo. Su información está protegida y es confidencial. Tenga a mano su número de identificación de miembro o SSN.

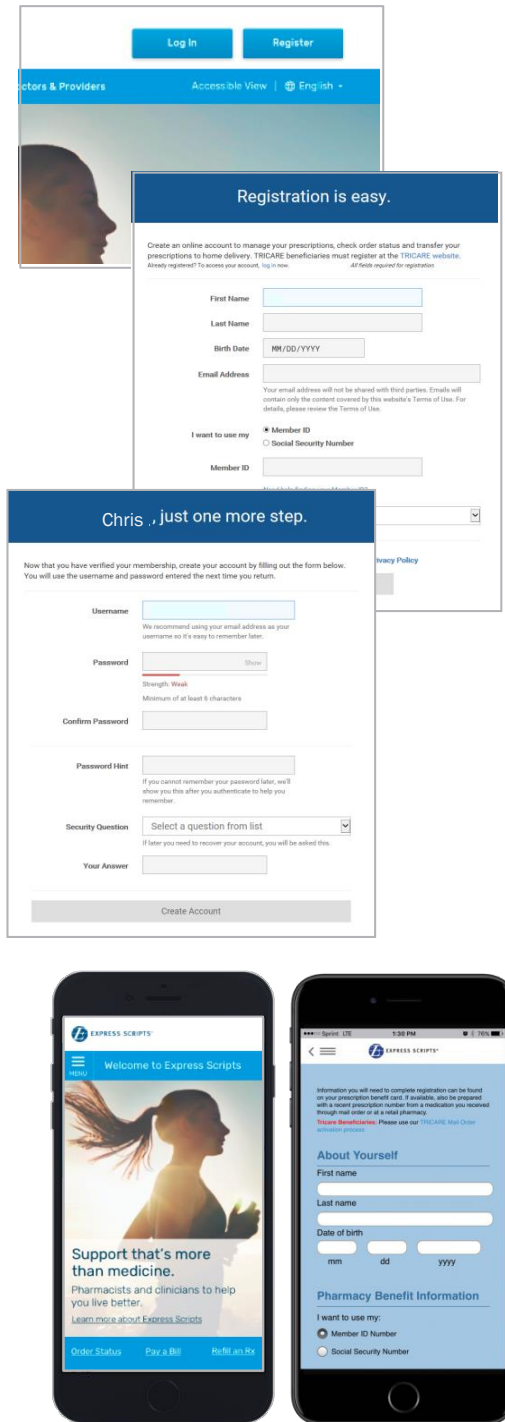
- Visite allumaco.com/member y haga clic en Crear una cuenta de miembro o descargue la aplicación móvil Alluma (con el respaldo de Express Scripts) de forma gratuita desde la tienda de aplicaciones de su dispositivo móvil y seleccione Registrarse
- Complete la información solicitada, incluida la información personal y el número de identificación de miembro o Número de Seguro Social (SSN), cree su nombre de usuario y contraseña, junto con información de seguridad en caso de que alguna vez olvide su contraseña.
- Haga clic en Registrarse ahora y ya está registrado.
- Para establecer preferencias², seleccione Preferencias de comunicación en el menú de Cuenta, desplácese hasta Preferencias de comunicación y visualización. Haz clic en Editar preferencias. Las preferencias solo se pueden seleccionar a través del sitio web para miembros.

Los miembros que tienen **autenticación Touch ID** en sus dispositivos móviles pueden habilitarla para iniciar sesión en su cuenta en la aplicación móvil, si así lo desean.

² Las preferencias incluyen la opción de compartir la información de su receta con otros miembros adultos de su familia (mayores de 18 años) que estén cubiertos por su plan de medicamentos recetados.

- Todos los adultos con cobertura (mayores de 18 años) en el hogar deben registrarse por separado.
- Cuando otorga permiso para compartir la información de su receta con otros miembros registrados del hogar, ellos podrán ver su información, hacer pedidos en su nombre, entre otras cosas más.

La aplicación móvil Alluma (con el respaldo de Express Scripts) está disponible para dispositivos móviles iPhone®, Android™, Windows Phone®, Amazon™ y Blackberry®



Cuentas de Gastos Flexibles (FSA)

Las Cuentas de Gastos Flexibles (FSA) le permiten usar el dinero antes de aplicar impuestos para cubrir los gastos de cuidados de salud y de cuidado de dependientes elegibles. Hay diferentes tipos de FSA que le ayudan a reducir sus ingresos gravables al pagar gastos elegibles para usted mismo, su cónyuge y los dependientes elegibles, como se describe a continuación:

Tipo de FSA	Detalle
 FSA para atención médica	• Puede reembolsar gastos de atención médica elegibles que no están cubiertos por su seguro médico, odontológico y oftalmológico • La contribución máxima para 2025 es \$3,300
 FSA para atención de dependientes	• Se puede usar para pagar cuidados infantiles calificados y/o a cuidadores para un familiar discapacitado del hogar que no pueda cuidarse a sí mismo. • La contribución máxima para 2025 es de \$2,500 (soltero) o \$5,000 (familia)

¿Cuáles son los beneficios?

- ¡Sus ingresos gravables se reducen y sus ingresos disponibles aumentan!
- Ahorra dinero mientras usted y su familia se mantienen sanos

¿Cómo lo uso?

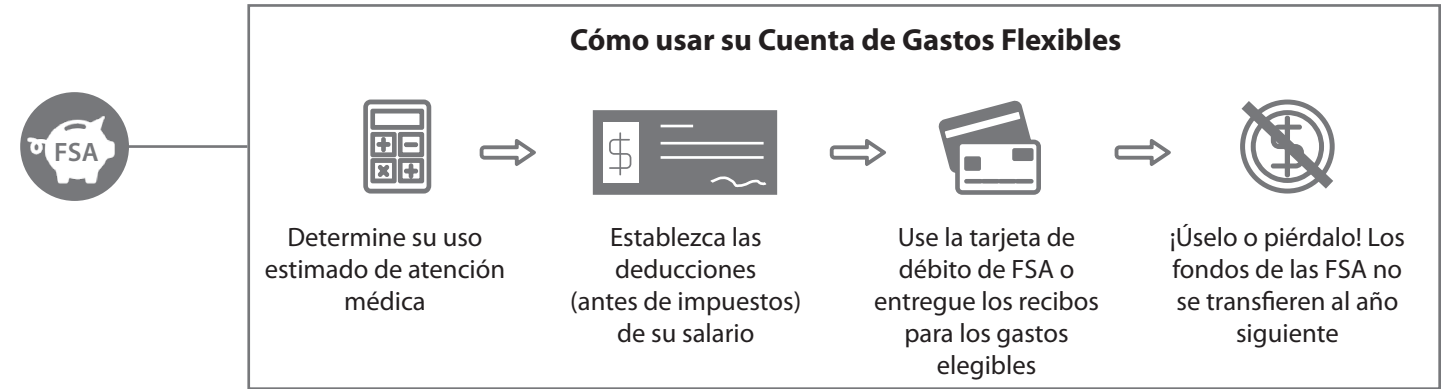
Debe inscribirse en el programa de FSA dentro de su plazo de elegibilidad inicial durante la inscripción abierta anual a fin de reinscribirse. En este momento, debe establecer un monto de contribución anual dentro del límite máximo. Una vez inscrito, tendrá acceso en línea para ver su saldo de FSA, verificar el estado de reembolso y más. Visite www.goigoe.com para acceder al portal en línea de Igoe.

Algunas reglas que debe conocer:

Su FSA tiene un período de gracia, lo que le permite hacer y enviar reclamaciones para 2 meses y ½ más después del año del plan. A continuación figuran sus plazos límite a fin de hacer y enviar reclamaciones para su FSA:

Año del plan 7/1/2024 – 6/30/2025		Año del plan 7/1/2025 – 6/30/2026	
FSA para atención médica	FSA para atención de dependientes	FSA para atención de la salud	FSA para atención de dependientes
El plazo límite de envío es de 90 días después de la fecha de terminación	El plazo de presentación finaliza el 30 de septiembre de 2025	El plazo límite de envío es de 90 días después de la fecha de terminación	El plazo de presentación finaliza el 30 de septiembre de 2025
La fecha de finalización del periodo de gracia es el 15 de septiembre de 2025		La fecha de finalización del periodo de gracia es el 15 de septiembre de 2026	

Para obtener más detalles acerca de la utilización de un FSA, comuníquese con Atención al Cliente de Igoe al 800.633.8818, opción 1.



Seguro dental – Guardian

Usted y sus dependientes elegibles tienen la oportunidad de inscribirse en un plan dental de la Organización de Proveedores Preferidos (PPO) que ofrece **Guardian**.

El plan dental de la PPO está diseñado para que tenga la libertad de recibir atención odontológica de cualquier dentista con licencia que usted elija. Este plan ofrece una red de dentistas participantes que acordaron cobrar tarifas con descuento a los miembros participantes basándose en un esquema de tarifas negociadas. Los servicios cubiertos recibidos de un dentista fuera de la red se basarán en el percentil 80 de los datos de tarifas vigentes para el código postal del dentista.

Para encontrar a un proveedor, vaya a: **Guardianlife.com** y elija DentalGuard Preferred Network.

Características del plan dental de Guardian

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible <i>Individual/Familiar</i>	\$50/\$150	\$50/\$150
Máximo anual	\$2,000	\$1,000
Atención preventiva	0 %	0 %
Básico	20 %	40 %
Especialidad	50 %	60 %
Ortodoncia <i>Hasta los 19 años</i>	50 %	50 %
Ortodoncia (máx.)	\$3,000	\$3,000

Costo quincenal del empleado

Empleado	\$4.25
Empleado + cónyuge	\$8.43
Empleado + hijo	\$12.82
Familiar	\$18.77

Seguro oftalmológico – Guardian

La cobertura oftalmológica es ofrecida por **Guardian** como un plan de la Organización de Proveedores Preferidos (PPO). La red Guardian Vision PPO utiliza la red VSP Choice como base, sin embargo, han expandido su red con proveedores adicionales y únicos. Cuando visite a un proveedor de atención oftalmológica asegúrese de hacer referencia a su plan de seguro de la vista de Guardian.

Puede aprovechar el mayor nivel de beneficio al recibir servicios de médicos y proveedores de atención oftalmológica dentro de la red. Usted sería responsable de un copago en el momento de su servicio. Sin embargo, si recibe servicios de un médico fuera de la red, usted paga todos los gastos en el momento del servicio y presenta una reclamación de reembolso hasta el monto permitido.

Para encontrar a un proveedor, vaya a: **Guardianlife.com**, haga clic en “Find a vision provider” (buscar un proveedor oftalmológico) y seleccione VSP.

Características del plan de visión de Guardian

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red
Examen <i>Cada 12 meses</i>	Copago de \$20*	\$39 de asignación
Armazones <i>Cada 12 meses</i>	\$130 de asignación + 20 % de descuento en el saldo \$70 de asignación en Costco, Walmart, Sam's Club	\$46 de asignación
Lentes <i>Cada 12 meses</i> <i>Único/Bi-/Tri-Focal</i>	Cubierto en su totalidad después del copago	\$23 de asignación/ \$37 de asignación/ \$49 de asignación
Lentes de contacto**	\$130 de asignación	\$100 de asignación

Costo quincenal del empleado

Empleado	\$1.00
Empleado + cónyuge	\$1.68
Empleado + hijo	\$1.72
Familiar	\$2.77

*Copago único aplicable al examen y los materiales.

**En lugar de lentes para anteojos y/o armazones

Seguro contra accidentes – *Reliance Standard*

Como los accidentes pueden ocurrir en cualquier momento, es importante estar preparado. Ese es el motivo por el que nos complace ofrecer un programa voluntario de seguro contra accidentes de **Reliance Standard**. Usted tiene la opción de personalizar su cobertura seleccionando entre dos planes para que se adapte mejor a usted y su familia.

Esta póliza puede ayudarlo a cubrir los gastos directos relacionados con un accidente que ocurra fuera del trabajo, al pagarle un beneficio en función de las lesiones sufridas y el tratamiento recibido. Puede utilizar el dinero como mejor le parezca, ya sea para pagar los gastos asociados con su accidente, como el copago de la sala de emergencias, o para pagar por el cuidado de los niños para poder ir al médico en una visita de seguimiento. La póliza no se coordina con ninguna otra cobertura, por lo que aún puede recibir beneficios adicionales a lo que su plan proporciona.

Seguro de indemnización por hospitalización – *Reliance Standard*

Incluso con seguro de salud, una hospitalización puede convertirse en algo muy costoso rápidamente a medida que sus cargos de bolsillo comienzan a sumarse. Usted tiene la opción de mejorar su plan médico con los beneficios hospitalarios adicionales de **Reliance Standard**. Estos beneficios están diseñados para brindar protección financiera al pagarle un beneficio para la admisión hospitalaria, la internación y los cuidados intensivos. Puede usar este beneficio en efectivo para ayudar a cubrir los gastos de bolsillo que pueden generarse en relación con su hospitalización o bien, usar los fondos de la manera que considere adecuada. La póliza le pagará \$50 por año por asegurado para realizarse un examen de salud elegible, ¡incluida una prueba de COVID-19! En la página 16 puede encontrar un aviso aplicable a este beneficio. Lea antes de inscribirse.

Seguro por discapacidad – *Reliance Standard*

Si sufre una enfermedad o lesión no relacionada con el trabajo que le impida trabajar, la cobertura de discapacidad de **Reliance Standard** funciona como reemplazo de ingresos para proteger activos importantes y ayudarlo a continuar con un nivel de sus ganancias.

Discapacidad a corto plazo

Imperial Valley Healthcare District le brinda la opción de elegir cobertura por Discapacidad de corto plazo a través de **Reliance Standard**. El monto del beneficio se basa en el 60 % de sus ingresos, hasta un máximo de \$2,100 por semana. Esta cantidad puede ser compensada por otros beneficios de ingresos, incluida cualquier discapacidad local o estatal. El plan comienza a pagar estos beneficios en el momento de la discapacidad o después de haber estado ausente del trabajo durante 7 días consecutivos. Esta cobertura puede proporcionar beneficios por hasta un máximo de 25 semanas si se mantiene la discapacidad.

Seguro para enfermedades graves – *Reliance Standard*

El seguro voluntario para enfermedades graves de **Reliance Standard** le proporciona una suma fija en efectivo en caso de que a usted o a uno de sus seres queridos les diagnostiquen una afección cubierta como cáncer, ataque al corazón o accidente cerebrovascular. Le brinda protección financiera para que pueda centrar su atención en lo que es realmente importante: recuperarse.

Usted elige el nivel de cobertura que proporciona la protección adecuada para su familia. Además, la póliza le pagará un beneficio de bienestar de \$50 cuando complete un examen de salud que califique, ¡incluida una prueba de COVID-19!

Discapacidad a largo plazo

Como protección adicional para brindarle estabilidad financiera, Imperial Valley Healthcare District le brinda la opción de cobertura por discapacidad a largo plazo a través de **Reliance Standard**. Si su discapacidad se extiende más allá de los 180 días, esta cobertura puede reemplazar el 65 % de sus ganancias, hasta un máximo de \$10,000 por mes. Sus beneficios pueden continuar pagándose hasta que alcance la edad normal de jubilación, siempre y cuando cumpla con la definición de discapacidad.

Seguro de vida – Reliance Standard

Seguro de vida básico y Seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D)

El seguro de vida básico y AD&D a través de **Reliance Standard** está disponible sin costo para usted y está financiado por Pioneers Memorial Healthcare District. En el caso de su muerte, esta cobertura proporcionará protección y seguridad financiera a los miembros de su familia u otros beneficiarios. Los empleados elegibles están cubiertos por un monto de \$50,000. Los beneficios descritos a continuación son proporcionados por Reliance Standard:

- Miembros del directorio: \$50,000
- Ejecutivos, oficiales, gerentes y directores: 2 veces el salario anual básico hasta \$400,000
- Todos los demás empleados: \$50,000
- Cónyuge: \$2,000
- Hijo(s) dependiente(s): nacimiento hasta 6 meses - \$1,000; 6 meses hasta 26 - \$2,000

Seguro de vida voluntario y AD&D

Además del seguro de vida básico y AD&D que paga su empleador, el seguro de vida voluntario y AD&D está disponible para su adquisición a través de **Reliance Standard**. Si compra cobertura para usted, también puede comprar cobertura para sus dependientes. Se le garantiza una cobertura (de hasta \$150,000 para usted, de \$25,000 para su cónyuge y de hasta \$10,000 para su[s] hijo[s]) sin necesidad de responder ninguna pregunta sobre su salud si se inscribe cuando es elegible por primera vez. Es posible que se les exija a todos los otros empleados elegibles y sus cónyuges que envíen la Evidencia de asegurabilidad (EOI) por cualquier monto nuevo de cobertura o aumento en el monto de cobertura:

- Para empleados: Incrementos de \$10,000 hasta el menor de 5 veces el salario o \$500,000
- Para su cónyuge: Incrementos de \$5,000 hasta el menor de 100 % del monto del empleado o \$500,000
- Para su(s) hijo(s): desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad, \$1,000; 6 meses de edad hasta 26, incrementos de \$2,000 hasta \$10,000

Durante este período de inscripción, usted puede elegir hasta \$50,000 en cobertura para usted (sin exceder el máximo de \$150,000) y hasta \$10,000 para su cónyuge (sin exceder el máximo de \$25,000) sin tener que contestar preguntas médicas.

Seguro de vida permanente con cuidados a largo plazo

El seguro de vida permanente con cuidados a largo plazo a través de **Chubb** está disponible a fin de brindarle una mayor seguridad financiera. Esta cobertura ofrece protección más allá de sus años laborales, posiblemente para toda la vida. Con un beneficio por fallecimiento garantizado que nunca disminuirá, primas niveladas que nunca aumentarán, beneficios en vida y otras opciones, vida permanente va más allá del típico seguro de vida temporal. Esta cobertura también le ofrece beneficios en caso de necesitar atención a largo plazo después de contraer una enfermedad crónica y confinarse en un hogar de ancianos o un centro de vida asistida, o si necesita recibir atención domiciliaria o cuidado diurno para adultos. **Esta cobertura solo está disponible durante el período de inscripción abierta de cada año.**

Protección contra robo de identidad – Identity Guard

Identity Guard es una protección proactiva, integral y cibernética que incluye robo de identidad, navegación segura, privacidad de datos y herramientas para VPN y dota a las personas con el conocimiento y las herramientas necesarias para actuar rápidamente contra las amenazas cibernéticas y mantenerse a sí mismas y a sus familias protegidas a nivel financiero, físico y digital.

Con dos niveles de cobertura disponibles, ¡usted puede elegir el plan que se adapta mejor a sus necesidades!

- Premier
- Ultimate

Servicios jurídicos – Hyatt Legal Plans

El plan jurídico MetLaw de **Hyatt Legal Plans** proporciona acceso fácil y directo a una red nacional de abogados que brindan asesoramiento telefónico y consultas en sus despachos sobre asuntos legales personales. Ejemplos de servicios jurídicos cubiertos incluyen: preparación de testamentos y fideicomisos, asuntos inmobiliarios, asuntos de deuda, protección al consumidor, preparación y revisión de documentos, tráfico y asuntos de menores, y derecho de familia.

Programa de Asistencia al Empleado (EAP)

Imperial Valley Healthcare District comprende que es posible que usted y sus familiares experimenten diversos desafíos personales o relacionados con el trabajo. A través de EAP, tiene acceso a recursos, información y asesoramiento completamente confidenciales y sin costo para usted.

Componente del programa	Detalles de la cobertura
Quién la puede utilizar	Todos los empleados, dependientes de los empleados y miembros de su familia
Los temas pueden incluir	• Cuidado infantil • Cuidado de ancianos • Servicios jurídicos • Seguro contra robo de identidad • Problemas maritales, familiares o de relación • Asesoramiento en caso de duelo o sufrimiento • Abuso de sustancias y recuperación • Ayuda financiera • Información al consumidor
Cantidad de sesiones	6 sesiones en persona, por año, por miembro, por incidente
Cómo acceder	• Por teléfono: 877.622.4327 • En línea: www.mycigna.com; contraseña: pioneers

Opciones de jubilación

Imperial Valley Healthcare District reconoce que ahorrar para la jubilación es importante para sus empleados. Al ofrecerle la oportunidad de unirse a sus planes de jubilación, le están ofreciendo una excelente manera de ahorrar para el futuro. Si desea obtener información más detallada sobre su plan, póngase en contacto con el representante de su plan Voya. Puede llamar al 800.858.3829.

¿Qué tipo de programa está disponible para mí?

Es posible que el plan de jubilación calificado de IVHD sea la manera más sencilla y conveniente de prepararse para su jubilación. Ofrecemos dos tipos de planes: un Plan 401a y un programa de Compensación Diferida 457b, ambos financiados por un acuerdo de financiación grupal suscrito por Voya.

Todos los empleados actuales son elegibles para participar de inmediato en el plan 457b. Para el plan 401a, pueden participar todos los empleados actuales que tengan al menos 21 años y hayan completado un año de servicio, según lo define el plan.

Plan 401a

Según la sección 401 del Código de Rentas Internas, se permite a los empleados hacer contribuciones al plan para pagarle a usted en una fecha posterior. Los planes pueden permitirle una variedad de diferentes tipos de contribuciones. Por lo general, estas contribuciones, y cualquier ganancia por inversión que puedan generar, no quedan sujetas a los impuestos sobre la renta estatales y federales actuales.

Las contribuciones efectuadas por el Imperial Valley Healthcare District, más los rendimientos que generen, están sujetas a un calendario de adquisición gradual de derechos de cinco años.

Años	1	2	3	4	5
Devengo	20 %	40 %	60 %	80 %	100 %

Esta correspondencia es un monto igual al 3 % o más de la compensación del empleado. Imperial Valley Healthcare District hará una contribución adicional a su plan según sus años de servicio. Consulte la cuadrícula para conocer los detalles.

Roth

Las contribuciones se hacen después de los impuestos. Los ahorros del participante crecerán sin tener que pagar impuestos y usted no pagará impuestos federales al retirarlos si el retiro se hace después de que se ha tenido la cuenta por al menos 5 años y el titular de la cuenta tiene 59 años y ½ como mínimo.

Opciones de jubilación (continuación)

Plan 457b

Según la sección 457b del Código de Rentas Internas, se establecieron los planes de compensación diferida para permitirle, de manera voluntaria, autorizar a su empleador a retener una parte de su salario e invertirlo, basado en impuesto diferido, para que se lo pague a usted en una fecha posterior. Ni sus contribuciones ni ninguna ganancia por inversión quedan sujetas a los impuestos sobre la renta federales y (en la mayoría de los casos) estatales actuales. Los impuestos se vuelven pagaderos cuando los activos de su cuenta se le distribuyen, generalmente al momento de la jubilación, cuando usted podría estar en una escala impositiva más baja. A medida que retira activos del plan, se gravarán como ingresos comunes.

En la actualidad, el IRS no impone una penalidad fiscal en los activos que se retiran del plan 457b, independientemente de su edad, pero rigen ciertas restricciones de retiro.

A través de la conveniencia de las deducciones de nómina, puede hacer contribuciones antes de impuestos de hasta \$23,000 para 2025 o el 100 % de la compensación elegible. Sus contribuciones previas a impuestos —y todas las ganancias— acumularán impuestos diferidos hasta el retiro (por lo general, al momento de la jubilación); en ese momento, los retiros se gravarán como ingresos comunes. Si tiene una cuenta existente 457b de compensación diferida o de jubilación con un empleador anterior o una IRA tradicional, puede transferir esa cuenta al plan en cualquier momento. Sin embargo, no se le permite transferir contribuciones después de impuestos desde una IRA tradicional al plan.

Contribuciones equivalentes del empleador

En nombre de cada aporte diferido electivo del participante (antes de impuestos y/o plan Roth) realizado según el plan de Compensación diferida, el empleador aportará una contribución equivalente al 100 % de los aportes diferidos electivos del participante, hasta un porcentaje máximo de dicha compensación del participante, como se estipula a continuación:

Cronograma de equivalencias de los planes 401(a) y 457b

Años de servicio	1-2	3-5	6-9	10-13	14-17	18+
Porcentaje de equivalencia	3 %	3.5 %	4 %	4.5 %	5 %	5.5 %

Información de contacto para beneficios

Beneficio	Proveedor	Contacto
Seguro médico	Meritain (Red: Aetna)	800.925.2272; www.meritain.com
Farmacia	Alluma	www.allumaco.com/members
Cuenta de Gastos Flexibles	Servicios administrativos de Igoe	800.633.8818, opción 1; www.goigoe.com
Plan odontológico	Guardian	800.541.7846; www.guardianlife.com
Plan oftalmológico	Guardian	800.877.7195; www.guardianlife.com
Accidente, enfermedad grave, e indemnización de hospital	Reliance Standard	800.351.7500; www.reliancestandard.com
Discapacidad	Reliance Standard	800.351.7500; www.reliancestandard.com
Seguro de vida	Reliance Standard	800.351.7500; www.reliancestandard.com
Seguro de vida permanente	Chubb	866.324.8222; www.chubb.com
Servicios jurídicos	Hyatt Legal Plans (Una compañía de MetLife)	800.821.6400; info.legalplans.com
Programa de Asistencia al Empleado	Cigna	877.622.4327; www.mycigna.com
Plan de jubilación	Voya	800.858.3829; www.oareirement.com
	Asesores de jubilación de NFP	800.959.0071; www.nfp.com/retirement
Protección contra robo de identidad	Identity Guard	888.283.1725; www.identityguard.com

RELIANCE STANDARD LIFE INSURANCE COMPANY

**IMPORTANTE: Esta es una póliza de indemnización fija,
NO un seguro médico.**

Esta póliza de indemnización fija puede pagarle un monto limitado en dólares si está enfermo u hospitalizado. Usted sigue siendo responsable de pagar el costo de su atención.

- El pago que recibe no se basa en el costo que aparece en su factura médica.
- Podría existir un límite sobre cuánto pagará esta póliza cada año.
- Esta póliza no sustituye el seguro de salud integral.
- Dado que esta póliza no es un seguro médico, no tiene la obligación de incluir la mayoría de las protecciones federales para los consumidores que se aplican al seguro médico.

¿Está buscando un seguro médico integral?

- **Visite HealthCare.gov** o llame al **1-800-318-2596** (TTY: 1-855-889-4325) para encontrar opciones de cobertura médica.
- Para saber si puede obtener un seguro médico a través de su trabajo, o el trabajo de un miembro de su familia, comuníquese con el empleador.

¿Tiene alguna pregunta sobre esta póliza?

- Para preguntas o reclamaciones sobre esta póliza, comuníquese con el Departamento de Seguro de su estado. Encuentre su número en el sitio web de la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros (naic.org) en "Departamentos de Seguro".
- Si tiene esta póliza a través de su trabajo, o del trabajo de un miembro de su familia, comuníquese con el empleador.

AVISO DE LA PARTE D DE MEDICARE

Aviso importante sobre su cobertura de medicamentos recetados y Medicare

Divulgación de la cobertura acreditable individual

Lea este aviso detenidamente y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso tiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados y sus opciones con la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarle a decidir si desea inscribirse o no en un plan de medicamentos recetados de Medicare. Si está considerando hacerlo, debe comparar su cobertura actual, incluyendo qué medicamentos están cubiertos y su costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su área. Al final de este aviso encontrará información de los lugares que lo pueden ayudar a decidir su cobertura de medicamentos por receta.

Hay dos cosas importantes que debe saber sobre su cobertura actual y la de medicamentos por receta de Medicare.

1. La cobertura de medicamentos por receta de Medicare se puso a disposición de todos los que tuvieran Medicare en el 2006. Puede conseguir esta cobertura si se incorpora a un plan de medicamentos por receta de Medicare o a un plan Medicare Advantage (como un plan HMO o PPO) que ofrezca cobertura de medicamentos por receta. Todos los planes de medicamentos de Medicare ofrecen al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes pueden ofrecer también más cobertura por una prima mensual más alta.
2. Su empleador ha determinado que se espera que la cobertura de medicamentos recetados ofrecida pague, en promedio, lo mismo que paga la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare y, por lo tanto, se considera cobertura acreditable. Dado que su cobertura actual es una cobertura acreditable, puede quedarse con ella y no pagar ninguna prima mayor (recargo) cuando decida incorporarse al plan de medicamentos de Medicare.

¿Cuándo puede incorporarse a un plan de medicamentos de Medicare?

Puede incorporarse a un plan de medicamentos de Medicare cuando sea elegible por primera vez para Medicare y, todos los años, del 15 de octubre al 7 de diciembre. No obstante, si pierde su cobertura acreditable de medicamentos recetados actual, por causas ajenas a su voluntad, será elegible para un período de inscripción especial (SEP) de dos (2) meses para inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare.

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

Las personas que son elegibles para Medicare deben comparar su cobertura actual, incluidos qué medicamentos están cubiertos, con la cobertura y el costo de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su área.

Si es elegible para Medicare y decide inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare y cancela la cobertura de medicamentos recetados del plan de salud grupal de su empleador, tenga en cuenta que es posible que usted y sus dependientes no recuperen esta cobertura.

Comuníquese con Recursos Humanos para obtener más información sobre lo que le sucede a su cobertura si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare.

El folleto de beneficios médicos contiene una descripción de sus beneficios actuales de medicamentos recetados.

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

Debe saber que si cancela o pierde su cobertura actual con su empleador y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare en los 63 días consecutivos posteriores a la finalización de su cobertura actual, es posible que deba pagar una prima más alta (una multa) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare posteriormente. Si se mantiene 63 días seguidos o más sin una cobertura fidedigna de medicamentos por receta, es posible que su prima mensual sea al menos 1 % mayor que la prima básica del beneficiario de Medicare, por cada mes que no tuvo cobertura. Por ejemplo, si estuvo diecinueve meses sin una cobertura fidedigna, puede que su prima sea, en correspondencia, un 19 % mayor que la prima básica del beneficiario de Medicare. Tendrá que pagar esta prima mayor (recargo) mientras tenga la cobertura de medicamentos por receta de Medicare. Además, es posible que tenga que esperar hasta el próximo mes de octubre para inscribirse.

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

Comuníquese con su Departamento de Recursos Humanos para obtener más información. NOTA: Recibirá este aviso anualmente, antes del próximo período en el que pueda inscribirse a un plan de medicamentos recetados de Medicare, y si esta cobertura a través de su empleador cambia. Puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

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

En el manual "Medicare y Usted" encontrará información detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados. Medicare le enviará por correo una copia del manual todos los años. Es posible que los planes de medicamentos de Medicare se comuniquen directamente con usted. Para más información sobre la cobertura de medicamentos por receta de Medicare:

- Visite www.medicare.gov
- Llame a su programa estatal de asistencia para seguros médicos (vea los números de teléfono en la contraportada de su manual "Medicare y Usted") para ayuda personalizada.
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048

Si tiene ingresos y recursos limitados, tiene a disposición ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite el sitio web de la Administración del Seguro Social (SSA) en www.socialsecurity.gov o llame a SSA al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

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

INFORMACIÓN LEGAL SOBRE SUS PLANES

Resumen de modificación material

Este resumen de modificación material (SMM) describe cambios en el Plan del Imperial Valley Healthcare District y complementa la Descripción resumida del plan (SPD) para el plan. La fecha de vigencia de cada uno de estos cambios es el 1 de julio de 2025. Debe leer este SMM muy detenidamente y conservar este documento con su copia del SPD para referencia futura.

Avisos obligatorios

Ley de derechos sobre la salud y el cáncer de la mujer

La ley Women's Health & Cancer Rights Act (Ley de derechos sobre la salud y el cáncer de la mujer, WHCRA) exige que los planes de salud grupales ofrezcan determinados beneficios a las participantes que se hayan sometido o vayan a someterse a una mastectomía. En concreto, un plan debe ofrecer a las pacientes de mastectomía beneficios para:

- Todas las etapas de reconstrucción de la mama en que se realizó la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción del otro seno para lograr una apariencia simétrica;
- Prótesis; y
- Tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, entre ellas, los linfedemas.

Estos beneficios se brindarán sujetos a los mismos deducibles y coseguro correspondientes a los demás beneficios médicos y quirúrgicos que se dan bajo este plan. Sus planes cumplen con estos requisitos.

Requisitos de no discriminación de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico

La Ley de Portabilidad y responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) prohíbe a los planes de salud grupales y a los emisores de seguros sanitarios discriminar a las personas en cuanto a la elegibilidad y la continuidad del derecho a los beneficios y en cuanto a las primas individuales o las tasas de contribución en función de factores de salud.

Estos factores de salud incluyen: estado de salud, afección médica (incluidas las enfermedades físicas y mentales), historial de reclamaciones, atención médica recibida, historia clínica, información genética, pruebas de asegurabilidad (incluidas las afecciones derivadas de actos de violencia doméstica y la participación en actividades como el motociclismo, las motos de nieve, la conducción de vehículos todo terreno, la equitación, el esquí y otras actividades similares) y discapacidad.

Ley de protección de la salud de recién nacidos y madres

En general, los planes de salud grupales y las aseguradoras de salud no pueden, en virtud de la ley federal, restringir los beneficios de hospitalización en relación con el parto de la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto natural o menos de 96 horas después de una cesárea. No obstante, la ley federal no prohíbe al proveedor que atiende a la madre o al recién nacido, después de consultar con la madre, darle de alta a ella o a su bebé antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, los planes y las aseguradoras no pueden, conforme a la ley federal, solicitar que un proveedor obtenga la autorización del plan o de la aseguradora para prescribir una duración de la hospitalización inferior a las 48 o 96 horas.

Derechos de inscripción especial

Si rechaza la inscripción para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a la cobertura de otro seguro médico o plan de salud grupal, los Derechos Especiales de Inscripción de la HIPAA exigen que su plan le permita a usted y/o a sus dependientes inscribirse en los planes de su empleador (excepto los planes dentales y oftalmológicos elegidos por separado de sus planes médicos) si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador dejó de contribuir a su otra cobertura o a la de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días (60 días si la cobertura perdida fue Medicaid o Healthy Families) después de que su otra cobertura o la de sus dependientes terminen (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).

Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, nacimiento o entrega en adopción, es posible que usted y sus dependientes puedan inscribirse. No obstante, debe solicitar la inscripción en el plazo de los 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o entrega en adopción.

Su plan puede permitir otros cambios de elección a mitad de año (consulte la sección "Cambio de situación"). Para solicitar la inscripción especial u obtener más información, comuníquese con su representante de Recursos Humanos.

Las "Oportunidades de inscripción especial en virtud de la "HIPAA" incluyen:

- Vencimiento de COBRA (cobertura continua estatal)
- Pérdida de otra cobertura (1)
- Obtención de un nuevo cónyuge o dependiente por matrimonio (1), adopción (1), entrega en adopción (1) o nacimiento (1)
- Pérdida de la cobertura estatal del programa de seguro médico infantil (por ejemplo, Healthy Families) (notificación de 60 días) (1)
- El empleado o sus dependientes resultan elegibles para el Programa estatal de subsidio de asistencia a la prima (notificación de 60 días)

Cambios permitidos en las elecciones a mitad de año por "Cambio de situación"

- Debido a las regulaciones del Servicio de Rentas Internas (IRS), para poder recibir su contribución a la prima utilizando dólares antes de impuestos, su elección debe ser irrevocable durante todo el año del plan. Como resultado, su inscripción en los planes médicos, dentales y oftalmológicos o la denegación de cobertura cuando sea elegible por primera vez, seguirá vigente hasta el próximo periodo de inscripción abierta, a menos que tenga un "cambio de situación" aprobado según lo define el IRS.
- Algunos ejemplos de eventos permitidos de "cambio de situación" son:
- Cambio en el estado civil legal (por ej., matrimonio (2), divorcio o separación legal)
- Cambio en el número de dependientes (por ej., nacimiento (2), adopción (2) o muerte)
- Cambio en la elegibilidad de un hijo
- Cambio en su situación laboral o en la de su cónyuge o pareja de hecho registrada (por ej., reducción de horas que afecte a la elegibilidad o cambio de empleo)
- Un cambio sustancial en su cobertura de beneficios / la de su cónyuge / la de su pareja de hecho registrada
- Una reubicación que afecta al acceso a la red
- Inscripción en la bolsa de seguros estatal

- Inscripción en la Parte A o B de Medicare
- Orden de pensión alimenticia por razones médicas u otro decreto judicial
- Un dependiente deja de ser elegible y pierde la cobertura (3)
- Pérdida de otra cobertura (2)
- Cambio de situación laboral en el que tiene una reducción de horas a un promedio inferior a 30 horas de servicio por semana, pero sigue teniendo derecho a beneficios, y tiene la intención de inscribirse en otro plan que proporcione una Cobertura Mínima Esencial que entre en vigor a más tardar el primer día del segundo mes siguiente a la fecha de revocación de su cobertura patrocinada por el empleador
- Usted se inscribe, o tiene la intención de inscribirse, en un Plan de Salud Calificado (QHP) a través del mercado estatal (es decir, Exchange) y es efectivo a más tardar el día inmediatamente siguiente a la revocación de la cobertura patrocinada por su empleador.
- Debe notificar a Recursos Humanos dentro de los 30 días posteriores al cambio de situación anterior, con la excepción de lo siguiente, que requiere aviso dentro de los 60 días:
- Pérdida de la elegibilidad o la inscripción en programas de Medicaid o seguro médico estatal (por ejemplo, Healthy Families)

Información importante sobre cómo la Reforma del Sistema de Salud afecta su plan

Designaciones de proveedores de atención primaria

En el caso de los planes y emisores que exigen o permiten la designación de proveedores de atención primaria por parte de los participantes o beneficiarios:

- Su HMO generalmente requiere la designación de un proveedor de atención primaria. Tiene derecho a designar a cualquier proveedor de atención primaria que participe en nuestra red y que esté disponible para aceptarle a usted o a los miembros de su familia. 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 su oficina de Recursos Humanos

Para los planes y emisores que exigen o permiten la designación de un proveedor de atención primaria para un hijo:

- En el caso de los hijos, puede designar un pediatra como proveedor de atención primaria.

Para los planes y emisores que brindan cobertura para atención obstétrica o ginecológica y exigen la designación de un proveedor de atención primaria por parte de un participante o beneficiario:

- No necesita autorización previa de su aseguradora ni de ninguna otra persona (incluido un proveedor de atención primaria) para obtener acceso a la atención obstétrica o ginecológica de un profesional de atención médica de nuestra red que se especialice en obstetricia o ginecología. Sin embargo, es posible que se le solicite al profesional de la salud que cumpla con ciertos procedimientos, que incluye obtener una autorización previa para ciertos servicios, seguir un plan de tratamiento aprobado con anterioridad o ciertos procedimientos para realizar derivaciones. Para obtener una lista de los profesionales de la salud participantes que se especializan en obstetricia o ginecología, póngase en contacto con su oficina de Recursos Humanos.

Planes con derechos adquiridos

Si su plan de salud grupal está protegido por derechos adquiridos, se aplicará lo siguiente. Según lo permitido por la Ley de Atención Médica Asequible, un plan de salud con derechos adquiridos puede preservar cierta cobertura de salud básica que ya estaba vigente cuando se promulgó esa ley. El hecho de ser un plan de salud con derechos adquiridos significa que su plan puede no incluir ciertas protecciones para los consumidores en virtud de la Ley de Atención Médica Asequible que se aplican a otros planes, por ejemplo, el requisito de la prestación de servicios de salud preventiva sin ningún costo compartido. Sin embargo, los planes de salud con derechos adquiridos deben cumplir con ciertas otras protecciones para los consumidores en la Ley de Atención Médica Asequible, por ejemplo, la eliminación de los límites vitalicios en los beneficios.

Las preguntas sobre qué protecciones se aplican y qué protecciones no se aplican a un plan de salud con derechos adquiridos y qué puede hacer que un plan deje de ser un plan de salud con derechos adquiridos pueden dirigirse al administrador del plan.

Prohibición de periodos de espera excesivos

Los planes de salud grupal no pueden aplicar un periodo de espera que exceda los 90 días. Se entiende por periodo de espera el tiempo que debe transcurrir antes de que entre en vigor la cobertura de un empleado o dependiente elegible en virtud del Plan. La ley estatal puede exigir periodos de espera más cortos para los planes de salud grupales asegurados. La legislación de California exige que los planes totalmente asegurados cumplan la limitación más restrictiva del periodo de espera, que no debe superar los 60 días.

Exclusión por enfermedades preexistentes

A partir del 1 de enero de 2014, los planes de salud grupales no podrán denegar la cobertura ni excluir beneficios específicos de la misma debido a una enfermedad preexistente, independientemente de la edad de la persona. Un PCE incluye cualquier afección médica o enfermedad que esté presente antes de la fecha de entrada en vigor de la cobertura, independientemente de si realmente se recibió o recomendó asesoramiento médico o tratamiento.

Derechos de continuidad de la cobertura conforme a COBRA

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

El derecho a la continuación de la cobertura en virtud de COBRA fue creado por una ley federal, la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA). La cobertura de continuación de COBRA puede estar disponible para usted y otros miembros de su familia cuando, de otro modo, finalizaría la cobertura de salud grupal. Para obtener más información sobre sus derechos y obligaciones en virtud del plan y de la ley federal, debe revisar la descripción resumida del plan o comunicarse con el administrador del plan.

Derechos de continuidad de la cobertura conforme a COBRA

Puede tener otras opciones disponibles para usted cuando pierde la cobertura de salud grupal. Por ejemplo, puede ser elegible para comprar un plan individual a través del mercado de seguros médicos. Al inscribirse en la cobertura a través del Mercado, usted puede calificar para costos más bajos en sus primas mensuales y menores costos de bolsillo. Además, puede acogerse a un periodo de inscripción especial de 30 días para otro plan de salud grupal para el que es elegible (como el plan de su cónyuge), incluso si ese plan generalmente no acepta inscripciones tardías.

- 1) Indica que este evento es también un "cambio de situación" que califica.
- 2) Indica que este evento es también un derecho especial de inscripción según la HIPAA
- (3) Indica que este evento también es un evento que califica según COBRA

¿Qué es la continuación de la cobertura en virtud de COBRA?

La continuación de la cobertura COBRA es la misma cobertura que el plan ofrece a otros participantes o beneficiarios que no están recibiendo la continuación de la cobertura. Cada "beneficiario que califica" (se describe a continuación) que elija la continuación de la cobertura en virtud de COBRA tendrá los mismos derechos según el plan que otros participantes o beneficiarios cubiertos por el plan.

La continuación de la cobertura de COBRA es una continuación de la cobertura del Plan cuando de otro modo terminaría debido a un evento de vida. Esto también se llama un "evento elegible". Los eventos elegibles específicos se enumeran más adelante en este aviso. Después de un acontecimiento elegible, se debe ofrecer la continuación de la cobertura de COBRA a cada persona que sea un "beneficiario elegible". Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios calificados si se pierde la cobertura del Plan debido al evento que califica. Según el plan, los beneficiarios elegibles que optan por la continuación de cobertura según COBRA [elija e ingrese la información apropiada: deben pagar o no están obligados a pagar] para la continuación de cobertura según COBRA. Si es empleado, será un beneficiario que califica si pierde su cobertura bajo el Plan debido a los siguientes eventos que califican:

- Sus horas de trabajo se reducen, o
- Su empleo finaliza por algún motivo que no está relacionado con mala conducta.

Si usted es cónyuge de un empleado, pasará a ser un beneficiario que califica si pierde su cobertura en virtud del plan debido a los siguientes eventos que califican:

- Su cónyuge muere;
- Se reducen las horas de trabajo de su cónyuge;
- El empleo de su cónyuge finaliza por algún motivo que no está relacionado con mala conducta;
- Su cónyuge tiene derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas); o
- Usted se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge.

Sus hijos dependientes pasarán a ser beneficiarios elegibles si pierden la cobertura del Plan debido a los siguientes eventos elegibles:

- El progenitor-empleado muere;
- Las horas de trabajo del progenitor-empleado se han reducido;
- El empleo del progenitor-empleado finaliza por algún motivo que no está relacionado con mala conducta;
- El progenitor-empleado tiene derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas);
- Los progenitores se divorcian o se separan legalmente; o
- El hijo deja de ser elegible para la cobertura en virtud del Plan como "hijo dependiente"

¿Cuándo está disponible la continuación de cobertura según COBRA?

El plan ofrecerá la continuación de cobertura según COBRA a los beneficiarios elegibles solo después de que el administrador del plan haya sido notificado de que ha ocurrido un evento elegible. El empleador debe notificar al administrador del plan los siguientes eventos elegibles:

- El fin del empleo o la reducción de las horas de trabajo;
- Muerte del empleado;
- El empleado adquiere derecho a los beneficios de Medicare (bajo la Parte A, la Parte B o ambas)

Para todos los otros eventos que califican (divorcio o separación legal del empleado y el cónyuge o un hijo dependiente pierde la elegibilidad para la cobertura como hijo dependiente), usted debe notificar al administrador del plan dentro de los 60 días posteriores al evento que califica. Debe proporcionar este aviso a las personas cubiertas por el Plan que sean cónyuges, hijos dependientes o cualquier otra persona elegible para la continuación de la cobertura de COBRA bajo el Plan.

¿Cómo se proporciona la continuación de la cobertura de COBRA?

Una vez que el Administrador del Plan reciba el aviso de que ha ocurrido un evento elegible, se ofrecerá la continuación de la cobertura de COBRA a cada uno de los beneficiarios elegibles. Cada beneficiario elegible tendrá el derecho independiente de elegir la continuación de la cobertura de COBRA. Los empleados cubiertos pueden elegir la continuación de la cobertura de COBRA en nombre de sus cónyuges, y los padres pueden elegir la continuación de la cobertura de COBRA en nombre de sus hijos.

La continuación de la cobertura COBRA es una continuación temporal de la cobertura que generalmente dura 18 meses debido a la terminación del empleo o la reducción de las horas de trabajo. Ciertos eventos elegibles, o un segundo evento elegible durante el periodo inicial de cobertura, pueden permitir que un beneficiario reciba un máximo de 36 meses de cobertura.

Este periodo de 18 meses de continuación de la cobertura de COBRA puede extenderse de la siguiente manera:

Extensión por discapacidad del periodo de 18 meses de continuación de la cobertura según COBRA

Si el Seguro Social determina que usted o alguien de su familia cubierto por el Plan está discapacitado y usted notifica al Administrador del Plan de manera oportuna, usted y toda su familia pueden tener derecho a obtener hasta 11 meses adicionales de continuación de la cobertura de COBRA, por un máximo de 29 meses. La discapacidad tendría que haber comenzado en algún momento antes del día 60 de continuación de la cobertura de COBRA y debe durar al menos hasta el final del periodo de 18 meses de continuación de la cobertura de COBRA.

Extensión por el segundo acontecimiento que califica del periodo de 18 meses de continuación de la cobertura

Si su familia tiene otro evento que califica durante los 18 meses de continuación de la cobertura de COBRA, el cónyuge y los hijos dependientes de su familia pueden obtener hasta 18 meses más de continuación de la cobertura de COBRA, por un máximo de 36 meses, si el Plan es debidamente notificado sobre el segundo evento que califica. Esta extensión puede estar disponible para el cónyuge y cualquier hijo dependiente que obtenga la continuación

de la cobertura según COBRA si el empleado o ex empleado fallece; adquiere derecho a los beneficios de Medicare (según la Parte A, la Parte B o ambas); se divorcia o separa legalmente; o si el hijo dependiente deja de ser elegible para el plan como hijo dependiente. Esta extensión solo está disponible si el segundo evento elegible hubiera causado que el cónyuge o hijo dependiente perdiera la cobertura del plan si no hubiera ocurrido el primer evento elegible.

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

Sí. En lugar de inscribirse en la continuación de la cobertura de COBRA, puede haber otras opciones de cobertura para usted y su familia a través del mercado de seguros médicos, Medicaid u otras opciones de cobertura de planes de salud grupal (como el plan de un cónyuge) a través de lo que se llama un "periodo de inscripción especial". Algunas de estas opciones pueden costar menos que la continuación de la cobertura de COBRA. Puede obtener más información sobre muchas de estas opciones en www.healthcare.gov.

Si tiene preguntas

Las preguntas relacionadas con su Plan o sus derechos de continuación de la cobertura en virtud de COBRA deben dirigirse al contacto o los contactos identificados a continuación. Para obtener más información sobre sus derechos en virtud de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA), incluida COBRA, la Ley de Protección al Paciente y de Atención Médica Asequible, y otras leyes que afectan los planes de salud grupales, comuníquese con la Oficina Regional o de Distrito más cercana de la Employee Benefits Security Administration (EBSA) (Administración de Protección de Beneficios a los Empleados) del Departamento de Trabajo de EE. UU. o visite www.dol.gov/ebsa. (En el sitio web de EBSA puede encontrar las direcciones y los números de teléfono de las oficinas regionales y de distrito de EBSA). Para más información sobre el mercado, visite www.healthcare.gov.

Informe a su plan los 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. Debe conservar una copia, para sus registros, de todos los avisos que envíe al administrador del plan.

Información de contacto del plan

Imperial Valley Healthcare District Benefit Department
207 W. Legion Road
Brawley, CA 92227
760.351.3299

Para obtener más información

Este aviso no describe completamente la continuación de la cobertura ni otros derechos según el plan. Hay más información sobre la continuación de la cobertura y sus derechos en virtud del plan disponible en su descripción resumida del plan o del administrador del plan.

Si tiene preguntas sobre la información en este aviso, sus derechos a la cobertura o si desea una copia de su descripción resumida del plan, comuníquese con su representante de Recursos Humanos.

Para obtener más información sobre sus derechos en virtud de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA), incluida COBRA, la Ley de Protección al Paciente y de Atención Médica Asequible, y otras leyes que afectan los planes de salud grupales, visite el sitio web de la Administración de Seguridad de Beneficios al Empleado (Employee Benefits Security Administration, EBSA) del Departamento de Trabajo de EE. UU. o llame a su número gratuito 1-866-444-3272. Para obtener más información sobre las opciones de seguro médico disponibles a través del mercado de seguros médicos, y para encontrar

Derechos y responsabilidades de los empleados en virtud de la Ley de Licencia Familiar y Médica

Derecho a licencia básica

La Ley de Licencia Familiar y Médica (Family Medical Leave Act, FMLA) exige a los empleadores cubiertos que proporcionen hasta 12 semanas de licencia sin goce de sueldo con protección del trabajo a empleados elegibles por los siguientes motivos:

- Por incapacidad debida a embarazo, atención médica prenatal o el nacimiento de un hijo;
- Para cuidar al hijo del empleado después del nacimiento, la entrega en adopción o la acogida;
- Para cuidar al cónyuge, hijo, hija o padre/madre del empleado, que tiene una afección médica grave; o
- Por una afección médica grave que impida al empleado realizar su trabajo.

Derechos de licencia familiar militar

Los empleados elegibles cuyo cónyuge, hijo, hija o padre/madre esté en servicio activo cubierto o sea llamado a servicio activo cubierto pueden usar su derecho a licencia de 12 semanas para hacer frente a determinadas exigencias que califiquen. Las exigencias que califican pueden incluir asistir a ciertos eventos militares, organizar el cuidado infantil alternativo, abordar ciertos arreglos financieros y legales, asistir a ciertas sesiones de asesoramiento y asistir a reuniones informativas de reintegración posteriores al despliegue.

La FMLA también incluye un derecho a licencia especial que permite a los empleados elegibles tomarse hasta 26 semanas de licencia para cuidar a un miembro del ejército cubierto durante un periodo único de 12 meses. Un miembro del ejército cubierto es:

- (1) un miembro actual de las Fuerzas Armadas, que incluye un miembro de la Guardia Nacional o de las Reservas, que recibe tratamiento médico, rehabilitación o terapia, que es ambulatorio o está en la lista de retirados por discapacidad temporal, por una lesión grave o enfermedad (1); o (2) un veterano que fue dado de baja o liberado en condiciones que no sean deshonrosas en cualquier momento durante el periodo de cinco años anterior a la primera fecha en que el empleado elegible se tome una licencia FMLA para cuidar al veterano cubierto, y que está recibiendo tratamiento médico, rehabilitación o terapia para una lesión o enfermedad grave. (1)

Beneficios y protecciones

Durante la licencia por la FMLA, el empleador debe mantener la cobertura médica del empleado bajo cualquier "plan de salud grupal" en las mismas condiciones que si el empleado hubiera continuado trabajando. Al regresar de la licencia por la FMLA, la mayoría de los empleados deben reincorporarse a sus puestos originales o equivalentes con un salario, beneficios y otras condiciones laborales equivalentes.

El uso de la licencia FMLA no puede dar lugar a la pérdida de ningún beneficio laboral acumulado antes del inicio de la licencia del empleado.

Requisitos de elegibilidad

Los empleados son elegibles si han trabajado para un empleador cubierto durante al menos 12 meses, tienen 1.250 horas de servicio en los 12 meses anteriores (2), y si al menos 50 empleados están contratados por el empleador en un radio de 75 millas.

- (1) Las definiciones de la FMLA de "lesión o enfermedad grave" para los miembros del ejército activos y veteranos son distintas a la definición de la FMLA de "afección médica grave"
- (2) Se aplican requisitos especiales de elegibilidad para las horas de servicio a los miembros de la tripulación de las líneas aéreas

Definición de afección médica grave

Una afección médica grave es una enfermedad, lesión, impedimento o afección física o mental que implica pasar la noche en un centro de atención médica, o el tratamiento continuo por parte de un proveedor de atención médica por una afección que impide que el empleado realice sus funciones laborales, o impide que el familiar calificado participe en actividades escolares u otras actividades diarias.

Sujeto a ciertas afecciones, el tratamiento continuo puede cumplirse mediante un periodo de incapacidad de más de 3 días calendario consecutivos combinado con al menos dos visitas a un proveedor de atención médica o una visita y un régimen de tratamiento continuo, o incapacidad debido a un embarazo o una afección crónica. Otras afecciones pueden ajustarse a la definición de tratamiento continuado.

Uso de la licencia

Un empleado no necesita usar este derecho a licencia en un solo bloque. La licencia se puede tomar de forma intermitente o con un horario de licencia reducido cuando sea necesario desde el punto de vista médico. Los empleados deben hacer esfuerzos razonables para programar la licencia para el tratamiento médico previsto de manera que no interrumpa indebidamente las operaciones del empleador. La licencia debido a exigencias que califiquen también se puede tomar de forma intermitente.

Reemplazo de la licencia con goce de sueldo por licencia sin goce de sueldo

Los empleados pueden elegir, o los empleadores pueden exigir, utilizar la licencia con goce de sueldo acumulada mientras se toman la licencia por la FMLA. Para utilizar la licencia con goce de sueldo para la licencia por la FMLA, los empleados deben cumplir con las políticas normales de licencia con goce de sueldo del empleador.

Responsabilidades de los empleados

Los empleados deben notificar con 30 días de antelación la necesidad de tomar una licencia FMLA cuando la necesidad sea previsible. Cuando no es posible avisar con 30 días de anticipación, el empleado debe notificarlo tan pronto como sea posible y, en general, debe cumplir con los procedimientos normales de llamada del empleado.

Los empleados deben proporcionar información suficiente para que el empleador determine si la licencia puede calificar para la protección de la FMLA y el momento y la duración previstos de la licencia. La información suficiente podría incluir que el empleado no puede realizar las funciones laborales, el miembro de la familia no puede realizar sus actividades diarias, la necesidad de hospitalización o de tratamiento continuo por parte de un proveedor de atención médica, o circunstancias que respaldan la necesidad de tomarse una licencia familiar militar. Los empleados también deben informar al empleador si la licencia solicitada es por un motivo por el cual se tomó o certificó previamente una licencia FMLA. También se puede solicitar a los empleados que proporcionen una certificación y una recertificación periódica que respalde la necesidad de tomarse una licencia.

Responsabilidades del empleador

Los empleadores cubiertos deben informar a los empleados que soliciten una licencia si son elegibles para una licencia FMLA. De ser así, el aviso debe especificar cualquier información adicional requerida, así como los derechos y las responsabilidades del empleado. Si no son elegibles, el empleador debe justificar el motivo.

Los empleadores cubiertos deben informar a los empleados si la licencia se designará como protegida por la FMLA y la duración de la licencia teniendo en cuenta el derecho de licencia del empleado. Si el empleador determina que la licencia no está protegida por la FMLA, debe notificarlo al empleado.

Actos ilícitos de los empleadores

La FMLA declara ilegal que cualquier empleador:

- Interfiera, restrinja o deniegue el ejercicio de cualquier derecho previsto en la FMLA;
- Despida o discrimine a cualquier persona por oponerse a cualquier práctica que resulte ilícita bajo la FMLA o por participar en cualquier procedimiento bajo o relacionado con la FMLA.

Ejecución

Un empleado puede presentar una queja ante el Departamento de Trabajo de EE. UU. o puede entablar una demanda privada contra un empleador.

La FMLA no afecta a ninguna ley federal o estatal que prohíba la discriminación, ni reemplaza a ninguna ley estatal o local o convenio colectivo que brinde mayores derechos de licencia familiar o médica.

La sección 109 de la FMLA (29 U.S.C. § 2619) requiere que los empleadores cubiertos por la FMLA publiquen el texto de este aviso. La regulación 29 C.F.R. § 825.300(a) puede exigir información adicional.

Para obtener información adicional: (866) 4US-WAGE ((866) 487-9243) TTY: (877) 889-5627 www.wagehour.dol.gov

Aviso sobre la Ley de Derechos de Empleo y Reemplazo de los Servicios Uniformados de 1994 (USERRA), Aviso sobre el derecho a la continuidad de la cobertura en virtud de USERRA

Derecho a continuar con la cobertura

De conformidad con la Ley de Derechos de Empleo y Reemplazo de los Servicios Uniformados de 1994 (USERRA), usted (el empleado) tiene derecho a continuar con la cobertura que usted (y sus dependientes cubiertos, si los hubiera) tenía en virtud del plan médico de la compañía si se cumplen las siguientes condiciones:

- Está ausente del trabajo debido al servicio en los servicios uniformados (definidos a continuación);
- Usted estaba cubierto por el Plan en el momento en que comenzó su ausencia del trabajo; y
- Usted (o un oficial apropiado de los servicios uniformados) ha avisado a su empleador con antelación de su ausencia del trabajo (se le exige de cumplir esta condición si el cumplimiento de la misma se ve impedido por necesidades militares o resulta imposible o poco razonable dadas las circunstancias).

Cómo continuar con la cobertura

Si se cumplen las condiciones, usted (o su representante autorizado) puede optar por continuar su cobertura (y la cobertura de sus dependientes cubiertos, si los hubiera) en virtud del Plan cumplimentando y devolviendo un Formulario de Elección 60 días después de la fecha de envío por correo del aviso de elección conforme a USERRA, y abonando la prima correspondiente a su cobertura según se describe a continuación.

¿Qué sucede si no elige continuar con la cobertura?

Si no presenta el Formulario de Elección en tiempo y forma, tal y como se le ha indicado, o no efectúa el pago de la prima en el plazo establecido, perderá sus derechos de continuación

en virtud del Plan, a menos que el cumplimiento de estos requisitos se vea impedido por necesidades militares o resulte imposible o poco razonable dadas las circunstancias.

Si no opta por la continuación de la cobertura, su cobertura (y la de sus dependientes cubiertos, si los hubiera) en virtud del Plan finaliza a partir del final del mes en el que deja de trabajar debido a su licencia por servicio uniformado.

Primas para continuar con su cobertura

La prima que debe pagar para continuar su cobertura depende de su periodo de servicio en los servicios uniformados. Comuníquese con Recursos Humanos para obtener más información.

La duración de la cobertura puede continuar

Si es elegido, la continuación de la cobertura puede durar 24 meses a partir de la fecha en que comenzó la licencia del empleado para el servicio uniformado. No obstante, la cobertura finalizará automáticamente antes si se produce uno de los siguientes eventos:

- La prima no se paga en su totalidad dentro del plazo requerido;
- No vuelve al trabajo ni solicita volver a trabajar en el plazo requerido en virtud de USERRA (véase a continuación) después de completar su servicio en los servicios uniformados; o
- Pierde sus derechos en virtud de USERRA como consecuencia de una expulsión con deshonor u otra conducta especificada en USERRA.

Presentarse al trabajo / Solicitar el reemplazo

Su derecho a continuar teniendo cobertura en virtud de USERRA finalizará si usted no notifica a Recursos Humanos su intención de volver al trabajo dentro del plazo requerido en virtud de USERRA después de completar su servicio en los servicios uniformados, ya sea informando al trabajo (si su servicio uniformado fue por menos de 31 días) o presentando una solicitud de reemplazo (si su servicio uniformado fue por más de 30 días). El tiempo para volver al trabajo depende del periodo de servicio uniformado, como sigue:

Periodo de servicio uniformado	Obligación de presentarse al trabajo
Menos de 31 días	El comienzo del primer periodo de trabajo regular programado al día siguiente a la finalización de su servicio, después de permitir un viaje seguro a casa y un periodo de descanso de ocho horas, o si esto no es razonable o imposible por causas ajenas a su voluntad, tan pronto como sea posible.
31 a 180 días	Presentar una solicitud de reemplazo dentro de los 14 días posteriores a la finalización de su servicio o, si no es razonable o es imposible por causas ajenas a su voluntad, tan pronto como sea posible.
181 días o más	Presentar una solicitud de reemplazo dentro de los 90 días posteriores a la finalización de su servicio
Cualquier periodo si se trata de un examen de aptitud para el servicio uniformado	Presentarse al comienzo del primer periodo de trabajo regular programado al día siguiente de la finalización de su servicio, después de permitir un viaje seguro a casa y un periodo de descanso de ocho horas, o si esto no es razonable o imposible por causas ajenas a su voluntad, tan pronto como sea posible.
Cualquier periodo si fue hospitalizado por una lesión o enfermedad sufrida o agravada como resultado de su servicio o está convalciente	Informar o presentar una solicitud de reincorporación como se indica más arriba (en función de la duración del periodo de servicio), con la salvedad de que los periodos de tiempo comienzan cuando se ha recuperado de sus lesiones o enfermedad y no al finalizar el servicio. El plazo máximo para la recuperación se limita a dos años a partir de la finalización del servicio, pero puede ampliarse si circunstancias ajenas a su voluntad le hacen imposible o poco razonable presentarse a trabajar dentro de los plazos anteriores.

Definiciones

Para que tenga derecho a una cobertura continua en virtud de USERRA, su ausencia del trabajo debe ser debido al “servicio en los servicios uniformados”.

- Por «servicios uniformados» se entenderá las Fuerzas Armadas, la Guardia Nacional del Ejército y la Guardia Nacional Aérea cuando una persona se encuentre en servicio activo para recibir entrenamiento, en servicio inactivo para recibir entrenamiento o en servicio a tiempo completo en la Guardia Nacional (es decir, en virtud de órdenes emitidas con arreglo a la legislación federal), el cuerpo comisionado del Servicio de Salud Pública y cualquier otra categoría de personas designadas por el Presidente en tiempo de guerra o de emergencia nacional.
- Por «servicio en los servicios uniformados» o «servicio» se entiende el cumplimiento voluntario o involuntario de un deber en los servicios uniformados bajo autoridad competente, incluido el servicio activo, el servicio activo e inactivo para entrenamiento, el servicio en la Guardia Nacional en virtud del estatuto federal, el periodo durante el cual una persona se ausenta de su empleo para someterse a un examen que determine su aptitud para cumplir cualquiera de estos deberes, y el periodo durante el cual una persona se ausenta de su empleo para cumplir determinados deberes de honras fúnebres. También incluye determinados servicios prestados por personal intermitente del Sistema Nacional de Asistencia Médica en Casos de Desastre (NDMS).

Aviso de privacidad de la ley HIPAA

Aviso de prácticas de privacidad de información médica

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo usted puede tener acceso a esta información. Revíselo detenidamente.

Este aviso ENTRA EN VIGOR: 07/01/2017

Este aviso es requerido en virtud de la Ley federal de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) de 1996 y tiene la intención de proporcionar información sobre las protecciones legales que se aplican a su información médica. La HIPAA incluye numerosas disposiciones destinadas a mantener la privacidad y confidencialidad de su información de salud protegida (PHI). PHI es información de salud que contiene identificadores (como su nombre, dirección, número de seguro social u otra información que le identifique) e información relacionada con su estado de salud y tratamientos anteriores, actuales o futuros.

Aviso de privacidad de la ley HIPAA (continuación)

Este aviso es para los participantes en el Plan de Salud y Bienestar de la Empresa (denominado el «Plan»), incluidos los planes que lo componen.

Requerido por ley

- El plan debe asegurarse de que la información médica que le identifique se mantenga privada.
- El Plan debe entregarle este aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información sobre su salud.
- El Plan debe obtener su autorización por escrito para el uso y la divulgación de su información de salud protegida (PHI) relacionada con notas de psicoterapia; cuando sea con fines de comercialización; y/o para divulgaciones que constituyan una venta de PHI.
- El Plan debe seguir los términos del aviso que actualmente están en vigor.

Uso permitido por el plan de su información de salud

Para determinada información sobre salud, puede decirnos sus opciones sobre lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, póngase en contacto con el Responsable de Privacidad del Plan.

Tiene el derecho y la opción de decirnos que hagamos lo siguiente: compartir información con su familia, amigos cercanos u otras personas que intervengan en el pago de su atención; compartir información en una situación de ayuda en caso de catástrofe; y ponerse en contacto con usted para recaudar fondos.

Si no puede comunicarnos sus preferencias, por ejemplo, si está inconsciente, el Plan puede seguir adelante y compartir su información si considera que es lo mejor para usted. El Plan también puede compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad.

El Plan nunca compartirá su información a menos que usted nos dé permiso por escrito para: fines de comercialización y venta de su información.

Tratamiento: El Plan puede usar su información de salud para ayudar a sus proveedores de atención médica (médicos, farmacias, hospitales y otros) a ayudar en su tratamiento. Por ejemplo, el Plan puede proporcionar a un médico tratante el nombre de otro proveedor tratante para obtener registros o información necesaria para su tratamiento.

Operaciones regulares: Podemos utilizar la información de las historias clínicas para revisar nuestra experiencia en materia de reclamos y tomar decisiones con respecto a las opciones de beneficios que ofrecemos a los empleados. También podemos usar y divulgar su información para dirigir nuestra organización y contactarlo cuando sea necesario. Si la PHI se utiliza o divulga para fines de suscripción, el Plan tiene prohibido utilizar o divulgar cualquier parte de su PHI que sea información genética para dichos fines. El Plan tampoco puede usar la información genética para decidir si le brindaremos cobertura y el precio de esa cobertura. Esto no se aplica a los planes de cuidados a largo plazo.

Pago por servicios de salud y administración del plan: El Plan puede usar y divulgar su información médica al pagar sus servicios de salud. Por ejemplo, el Plan puede compartir información sobre usted con su plan dental para coordinar el pago de su trabajo dental. El Plan puede divulgar su información de salud al patrocinador de su plan de salud para la administración del plan. Por ejemplo, cuando su empresa contrata con una aseguradora un plan de salud y el plan facilita a su empresa determinadas estadísticas para explicar las primas cobradas.

Asociados comerciales: Es posible que algunos servicios se proporcionen en su organización a través de contratos con asociados comerciales. Los asociados comerciales con acceso a su información deben suscribir un contrato que exija el cumplimiento de las normas de privacidad y seguridad de la HIPAA.

Conforme a la ley: Divulgaremos información de salud sobre usted cuando así lo exija la ley federal, estatal o local (esto incluye al Departamento de Salud y Servicios Humanos si quiere comprobar que el Plan cumple la ley federal de privacidad).

Para responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un médico examinador o director del funeral: Podemos compartir información de salud sobre usted con organizaciones de obtención de órganos; y podemos compartir información de salud con un médico forense, examinador médico o director de funeraria cuando fallece una persona.

Indemnización por accidentes laborales: Podemos divulgar información de salud sobre usted para programas de indemnización por accidentes de trabajo o reclamos o programas similares. Estos programas proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Solicitudes de las fuerzas de seguridad y otras autoridades públicas: Podemos divulgar su información de salud para fines policiales o con un funcionario encargado de hacer cumplir la ley, en respuesta a una citación judicial válida u otra solicitud/orden judicial o administrativa, con organismos de supervisión sanitaria para actividades autorizadas por la ley, o para funciones gubernamentales especiales como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial.

Salud pública e investigación: También podemos utilizar y divulgar su información de salud para ayudar en actividades de salud pública (por ejemplo, informar a un organismo federal) o actividades de supervisión de la salud (por ejemplo, en una investigación gubernamental). Además, podemos compartir su información de salud para: prevenir enfermedades; ayudar con las retiradas de productos; informar reacciones adversas a medicamentos; denunciar supuestos abusos, negligencias o violencia doméstica; prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona o con fines de investigación médica.

Sus derechos en cuanto a su información de salud

Aunque su historia clínica es propiedad física de la entidad que la recopiló, la información le pertenece a usted. Tiene derecho a:

- Solicitar la restricción de determinados usos y divulgaciones de su información cuando se trate de un servicio ya pagado.
- Obtener sin demora una copia en papel del aviso de prácticas de información médica (incluso si ha aceptado recibir el aviso electrónicamente) solicitándolo al responsable de privacidad del plan.
- Solicitar ver u obtener una copia de su historia clínica y de reclamos y otra información médica que tengamos sobre usted. Le proporcionaremos una copia o un resumen de sus historial médico y de reclamos, generalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en los costos.

- Inspeccionar y obtener una copia de su PHI contenida en un "conjunto de registros designado". Un conjunto de registros designados incluye registros médicos y de facturación; sistemas de registro de inscripción, pago, facturación, solución de reclamos y gestión médica o de casos; u otra información utilizada en su totalidad o en parte por o para la entidad cubierta para tomar decisiones sobre las personas. Debe presentarse una solicitud por escrito para acceder a su PHI al responsable de privacidad de la compañía. La información solicitada se proporcionará dentro de los 30 días si se mantiene en el sitio o a los 60 días si se mantiene fuera del sitio.
- Solicitar una modificación/corrección de su información médica: puede pedirnos que corrijamos sus historia clínica y de reclamos si cree que son incorrectos o están incompletos. Podemos decir «no» a su solicitud, pero le explicaremos el motivo por escrito en un plazo de 60 días.
- Pedirnos que limitemos lo que utilizamos o compartimos. Puede pedirnos que no usemos ni compartamos determinada información de salud para el tratamiento, el pago o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir «no» si ello pudiera afectar a su atención.
- Obtener una lista de las divulgaciones de su PHI durante los seis años anteriores, con quién la compartimos y por qué, con la excepción de las divulgaciones realizadas con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, y algunas otras divulgaciones (como cualquiera que usted nos haya pedido que hagamos); realizadas a personas sobre su propia PHI; o, realizadas mediante el uso de un formulario de autorización. Se puede cobrar una tarifa razonable por más de una solicitud al año.
- Solicitar que las comunicaciones confidenciales de su información de salud se envíen de forma diferente (por ejemplo, a su domicilio, a la oficina o por teléfono) o a un lugar distinto del habitual (por ejemplo, podría solicitar que el sobre lleve la indicación "confidencial" o que lo enviemos a su dirección del trabajo en lugar de a su domicilio). Estudiaremos todas las solicitudes razonables y debemos decir "sí" si nos dice que estaría en peligro si no lo hacemos.
- Revocar por escrito su autorización para utilizar o divulgar información de salud, excepto en la medida en que ya se hayan emprendido acciones, en virtud de dicha autorización.
- Recibirá una notificación dentro de los 60 días (5 días para los residentes de California) por cualquier violación de su PHI no protegida.
- Designar a alguien como su apoderado médico o tutor legal, que pueda ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud. Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar ninguna medida.

Responsabilidades del plan

El Plan debe mantener la privacidad de la PHI y cumplir con los términos de este aviso. El Plan se reserva el derecho a cambiar nuestras prácticas de privacidad en materia de salud. En caso de que modifiquemos sustancialmente nuestras prácticas de privacidad, pondremos a su disposición una nueva versión de nuestro aviso en un plazo de 60 días a partir de la fecha de entrada en vigor de cualquier modificación sustancial de los derechos y deberes enumerados en este aviso. El Plan debe:

- Mantener la privacidad y la seguridad de su información médica.
- Hacer esfuerzos razonables para no utilizar, compartir, divulgar o solicitar más que la cantidad mínima necesaria de PHI requerida para lograr el propósito previsto, a menos que usted nos diga que podemos hacerlo por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Si cambia de opinión, comuníquenoslo por escrito.
- Cumplir con las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso con respecto a la información que recopilamos y mantenemos sobre usted y proporcionarle una copia del aviso.
- Acatar los términos de este aviso.
- Notificarle si no podemos aceptar una restricción, modificación u otra solicitud.
- Notificarle cualquier violación de su información de salud protegida que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información dentro de los 60 días (5 días para los residentes de California).
- Acceder a cualquier solicitud razonable que pueda tener para comunicar información de salud por medios alternativos o en lugares alternativos.

El Plan usará ni divulgará su información de salud sin su consentimiento o autorización, excepto en los casos previstos por la ley o descritos en este aviso. El Plan puede utilizar o divulgar un "resumen de información de salud" al promotor del plan para obtener ofertas de primas o modificar, enmendar o dar por finalizado el Plan de Salud Grupal, que resume el historial de reclamos, los gastos por reclamos o el tipo de reclamos presentados por las personas a las que el promotor del plan ha proporcionado beneficios de salud en virtud de un Plan de Salud Grupal; y del que se ha eliminado la información de identificación de conformidad con la ley HIPAA. El plan tiene prohibido usar o divulgar PHI que sea información genética de una persona para cualquier propósito, incluida la suscripción.

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

Su derecho a presentar una queja

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja formal al responsable de privacidad del plan; o al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (por correo postal o electrónico). No tomaremos represalias contra usted y no será penalizado por presentar una queja.

Cambios en los términos de este aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a solicitud, en nuestro sitio web, y le enviará una copia por correo.

Persona de contacto

Si tiene preguntas o desea información adicional, o si desea hacer una solicitud para inspeccionar, copiar o modificar la información médica, o para un informe de divulgaciones, comuníquese con el responsable de privacidad del plan. Todas las solicitudes deberán enviarse por escrito a la dirección que figura a continuación.

Imperial Valley Healthcare District

Atención: Recursos Humanos

207 West Legion Road

Brawley, CA 92227

760.351.3296

PROGRAMA DE SEGURO MÉDICO PARA NIÑOS (CHIP) AVISO SOBRE AYUDA CON LA PRIMA

Aviso sobre ayuda con la prima mediante Medicaid y el programa de seguro médico infantil (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para la cobertura médica de su empleador, su estado puede tener un programa de ayuda para que pueda pagar la cobertura a través de fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid ni CHIP, usted no será elegible para estos programas de ayuda con la prima, pero puede que esté en condiciones de comprar una cobertura individual a través del mercado de seguros médicos. Para más información, visite www.healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y viven en uno de los estados que se indican a continuación, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para averiguar si la ayuda con la prima está disponible.

Si usted o sus dependientes NO están actualmente inscritos en Medicaid ni en un programa CHIP y piensa que pudieran ser elegibles para algunos de estos programas, puede comunicarse con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado, llamar al 1-877-KIDS-NOW o visitar www.insurekidsnow.gov para averiguar cómo hacer la solicitud. Si es elegible, pregunte en su estado si hay algún programa que pueda ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para una ayuda con la prima mediante Medicaid o CHIP, así como elegibles para el plan de su empleador, este último debe permitirle inscribirse en su plan si todavía no lo ha hecho. Esto se denomina oportunidad de "inscripción especial" y debe solicitar la cobertura en los 60 días posteriores a la determinación de su elegibilidad para recibir ayuda con la prima. Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo en www.askebsa.dol.gov o llame al (866) 444-EB5A (3272).

Si vive en uno de los siguientes estados, puede ser elegible para la ayuda para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados se actualizó el 31 de julio de 2016. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad.

ALABAMA – Medicaid Sitio web: www.myalhipp.com Teléfono: (855) 692-5447	MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP Sitio web: www.mass.gov/masshealth Teléfono: (800) 462-1120	OREGON – Medicaid Sitio web: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx Teléfono: (800) 699-9075
ALASKA – Medicaid Sitio web: http://myakhipp.com/ Teléfono: 1 (866) 251-4861 Correo electrónico: customerservice@myakhipp.com Elegibilidad para Medicaid: http://dhss.alaska.gov/dpa/pages/medicaid/default.aspx	MINNESOTA – Medicaid Sitio web: http://mn.gov/dhs/ma/ Haga clic en Healthcare, luego en Medical Assistance Phone: (800) 657-3739	PENNSYLVANIA – Medicaid Sitio web: http://www.dhs.pa.gov/hipp Teléfono: (800) 692-7462
ARKANSAS – Medicaid Sitio web: http://myarhipp.com/ Teléfono: (855) 692-7447	MISSOURI – Medicaid Sitio web: www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: (573) 751-2005	RHODE ISLAND – Medicaid Sitio web: www.eohhs.ri.gov Teléfono: (401) 462-5300
COLORADO – Medicaid Sitio web: www.colorado.gov/hcpf Centro de contacto con el cliente de Medicaid: (800) 221-3943	MONTANA – Medicaid Sitio web: http://dphhs.mt.gov/montanahealthcareprograms/hipp Phone: (800) 694-3084	SOUTH CAROLINA – Medicaid Sitio web: www.scdhhs.gov Teléfono: (888) 549-0820
FLORIDA – Medicaid Sitio web: https://www.flmedicaidprecovery.com/hipp/ Teléfono: (877) 357-3268	NEBRASKA – Medicaid Sitio web: http://dhhs.ne.gov/children_family_services/accessnebraska/pages/accessnebraska_index.aspx Teléfono: (855) 632-7633	SOUTH DAKOTA – Medicaid Sitio web: http://dss.sd.gov Teléfono: (888) 828-0059
GEORGIA – Medicaid Sitio web: http://dch.georgia.gov/medicaid Haga clic en Health Insurance Premium Payment (HIPP) Teléfono: (404) 656-4507	NEVADA – Medicaid Sitio web de Medicaid: dwss.nv.gov/ Teléfono de Medicaid: (800) 992-0900	TEXAS - Medicaid Sitio web: https://www.gethipptexas.com/ Teléfono: (800) 440-0493
INDIANA – Medicaid Healthy Indiana Plan para adultos de bajos ingresos de 19 a 64 años Sitio web: http://www.hip.in.gov Teléfono: (877) 438-4479 Todos los demás Medicaid Sitio web: http://www.indianamedicaid.com Teléfono: (800) 403-0864	NEW HAMPSHIRE - Medicaid Sitio web: www.dhhs.nh.gov/oii/documens/hippapp.pdf Teléfono: (603) 271-5218	UTAH - Medicaid y CHIP Sitio web de Medicaid: health.utah.gov/medicaid Sitio web de CHIP: health.utah.gov/chip Teléfono: (877) 543-7669
IOWA – Medicaid Sitio web: www.dhs.state.ia.us/hipp/ Teléfono: (888) 346-9562	NEW JERSEY - Medicaid y CHIP Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clientes/mecicaid/ Teléfono de Medicaid: (609) 631-2392 Sitio web de CHIP: www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: (800) 701-0710	VERMONT – Medicaid Sitio web: www.greenmountaincare.org/ Teléfono: (800) 250-8427
KANSAS – Medicaid Sitio web: www.kdheks.gov/hcf/ Teléfono: (785) 296-3512	NEW YORK – Medicaid Sitio web: www.nyhealth.gov/health_care/mecicaid/ Teléfono: (800) 541-2831	VIRGINIA – Medicaid y CHIP Sitio web de Medicaid: http://www.coverva.org/programs_premium_assistance.cfm Teléfono de Medicaid: (800) 432-5924 Sitio web de CHIP: http://www.covera.org/programs_premium_assistance.cfm Teléfono de CHIP: (855) 242-8282
KENTUCKY – Medicaid Sitio web: chfs.ky.gov/dms/default.htm Teléfono: (800) 635-2570	NORTH CAROLINA – Medicaid Sitio web: http://www.ncdhhs.gov/dma Teléfono: (919) 855-4100	WASHINGTON – Medicaid Sitio web: http://www.hca.wa.gov/free-or-low-cost-health-care/program-administration/premium-payment-programw Teléfono: (800) 562-3022 ext. 15473
LOUISIANA – Medicaid Sitio web: http://dhh.louisiana.gov/index.cfm/subhome/1/n/331 Teléfono: (888) 695-2447	NORTH DAKOTA – Medicaid Sitio web: www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/mecicaid/ Teléfono: (844) 854-4825	WEST VIRGINIA – Medicaid Sitio web: www.dhhr.wv.gov/bms/Medicaid%20Expansion/Pages/default.aspx Teléfono: (877) 598-5820, Responsabilidad de terceros de HMS
MAINE – Medicaid Sitio web: www.maine.gov/dhhs/ofi/public-assistance/index.html Teléfono: (800) 442-6003 TTY: TRS de Maine 711	OKLAHOMA – Medicaid y CHIP Sitio web: www.insureoklahoma.org Teléfono: (888) 365-3742	WISCONSIN – Medicaid y CHIP Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/publications/p1/p10095.pdf Teléfono: (800) 362-3002
Para ver si hay otros estados que hayan agregado un programa de ayuda con la prima desde el 31 de julio de 2016 o para obtener más información sobre los derechos especiales de inscripción, comuníquese con:		WYOMING – Medicaid Sitio web: https://wyequalitycare.acs-inc.com Teléfono: (307) 777-7531

Departamento del Trabajo de
Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado
www.dol.gov/ebsa
(866) 444-EB5A (3272)
Número de control OMB 1210-0137 (vence el 12/31/2019)

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