



Guía de beneficios para 2023

Este folleto describe los aspectos generales de los planes ofrecidos por Pioneers Memorial 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 Pioneers Memorial Healthcare District, se aplicarán 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

Bienvenida
Elegibilidad

Página 3

Seguro médico
Cobertura de
medicamentos
recetados

Página 4-7

Características del
plan médico
Cómo encontrar un
proveedor
Registrarse con
Express Scripts

Página 8

Cuentas de
Gastos Flexibles

Página 9

Plan dental
Plan oftalmológico

Página 10

Accidente
Enfermedad grave
Indemnización de
hospital
Discapacidad

Página 11

Seguro de vida
Servicios jurídicos
Robo de identidad
Beneficios adicionales

Páginas 12-13

Programa de Asistencia
al Empleado
Opciones de jubilación
Información de
contacto de beneficios

Páginas 14-19

Avisos importantes

Bienvenida

En Pioneers Memorial 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,
contacte con el Departamento de Recursos Humanos al número
760.351.3299 o el correo electrónico **echavarin@pmhd.org**.

Seguro médico – Anthem

Los planes médicos de Pioneers Memorial 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 **Anthem, nuestra nueva red médica**: Freedom Medical PPO e Independence Medical PPO. Aunque puede acudir a cualquier médico que prefiera, recibirá mayores beneficios y tendrá costos menores si opta por visitar a Pioneers Memorial Healthcare District o un proveedor de la red. Tenga en cuenta que el administrador de reclamos también está cambiando. **Los reclamos se enviarán a través de Pinnacle, el nuevo administrador, así que asegúrese de obtener su nueva tarjeta de identificación de Pinnacle/Anthem antes de ver a su proveedor.**

Tenga en cuenta que si tiene otra cobertura médica grupal y renuncia al plan médico de Pioneers, es elegible para recibir \$100 por mes a través de su cheque de pago. Debe proporcionar una copia (anverso y reverso) de su tarjeta de seguro a Recursos Humanos. Si no proporciona 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

- Muchos medicamentos recetados aprobados por la FDA están cubiertos a través del programa de beneficios. A continuación se detalla información con respecto a su cobertura de medicamentos recetados:
- Los planes de Anthem tienen 3 niveles de cobertura; el Nivel 1 ofrece el mayor valor en comparación con otros medicamentos que tratan las mismas afecciones y generalmente son los más económicos usando Express Scripts, el Nivel 2 generalmente son de marca con un copago moderado y el Nivel 3 cubre medicamentos especializados o medicamentos de mayor costo.
- Los planes de medicamentos con receta escalonados requieren diferentes niveles de pago según el nivel del medicamento. Su copago o coseguro será más alto con un número de nivel más alto.
- Express Scripts tiene un deducible de medicamentos recetados por año calendario de \$50. 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.
- Express Scripts tiene un formulario de medicamentos cerrado o lista de medicamentos con receta que incluyen medicamentos genéricos y de marca que son los que se prefieren.
- Para medicamentos especializados, existe un copago del 10% hasta \$200 por receta.
- Tenga presente que, aunque le prescriban recetas que no están en el formulario, estos tipos de medicamentos no están en la lista del formulario de preferidos de la compañía de seguro y es posible que no estén cubiertos. Le recomendamos hablar con su médico acerca de utilizar la lista del formulario de Express Scripts.

Para obtener una versión actual de la lista de medicamentos recetados, vaya a www.express-scripts.com.

¿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

La siguiente es una comparación de sus opciones de planes médicos.

	Plan Freedom PPO			Plan Independence PPO		
Beneficio	Nivel I: PMHD	Nivel II: Dentro de la red	Nivel III: Fuera de la red	Nivel I: PMHD	Nivel II: Dentro de la red	Nivel III: Fuera de la red
Deducibles y montos máximos						
Deducible anual						
Individuo	\$250	\$1,000	\$1,500	\$500	\$1,500	\$2,500
Familiar	\$500	\$2,000	\$3,000	\$1,000	\$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	\$3,000	\$6,000	\$12,000	\$4,000	\$8,000	\$16,000
Servicios cubiertos						
Atención preventiva	N/C	Sin cargo	Sin cobertura	N/C	Sin cargo	Sin cobertura
Médico	Copago de \$20*	Copago de \$20*	50%	Copago de \$20*	Copago de \$20*	50%
Especialista	Copago de \$40*	Copago de \$40*	50%	Copago de \$40*	Copago de \$40*	50%
Radiografía/laboratorio	10%*	25%	50%	20%*	40%	50%
Servicios hospitalarios a pacientes ingresados	10%	\$250/Admisión + 25%	\$250/Admisión + 50%	20%	\$250/Admisión + 40%	\$250/Admitir + 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 de Nivel 2 y 3)						
Suministro para 30 días						
Nivel 1	N/C	\$10	Sin cobertura	N/C	\$10	N/C
Nivel 2	N/C	\$30	Sin cobertura	N/C	\$30	N/C
Nivel 3	N/C	10% hasta \$200	Sin cobertura	N/C	10% hasta \$200	N/C
Pedidos por correo suministro para 90 días						
Nivel 1	N/C	\$20	Sin cobertura	N/C	\$20	N/C
Nivel 2	N/C	\$60	Sin cobertura	N/C	\$60	N/C
Nivel 3	N/C	10% hasta \$400	Sin cobertura	N/C	10% hasta \$400	N/C
Costo quincenal del empleado						
Empleado	\$71.73			\$30.30		
Empleado + cónyuge	\$228.59			\$153.75		
Empleado + cónyuge <i>Con recargo conyugal**</i>	\$251.67**			\$176.83**		
Empleado + hijo	\$183.91			\$123.53		
Familiar	\$284.66			\$205.55		

*No sujeto a deducible por año calendario.

** Se añadirá un cargo adicional de \$23.08/quincenal por cónyuge/pareja doméstica participante si es elegible para cobertura médica a través de su empleador y se inscribe en un plan médico de PMHD.

Medical PPO - California

Cómo encontrar un proveedor médico en línea

PASO 1

Visite <https://www.anthem.com/ca/find-care/>.

- Haga clic en el cuadro **Iniciar sesión para encontrar atención** para acceder a su plan elegido; **O** Haga clic en **Seleccionar un plan** para el cuadro de búsqueda básica
- Desplácese hacia abajo para responder preguntas que le ayudarán a acotar su búsqueda

PASO 2

Desplácese hacia abajo en la pantalla para completar los siguientes campos:

- ¿Qué tipo de atención está buscando? Utilice el menú desplegable para seleccionar: **Plan médico o red**
- ¿En qué estado desea buscar?: Use el menú desplegable para seleccionar **su estado**
- ¿Con qué tipo de plan quiere buscar?
Médico (patrocinado por el empleador)
- Seleccione un plan/red: Use el menú desplegable para seleccionar **Prudent Buyer PPO/EPO**
- Haga clic en el botón **Continuar**

PASO 3

Ingresa el código postal en el cuadro del extremo izquierdo. Ahora tiene 2 formas de acotar su búsqueda:

- Opción 1: Ingresa **el nombre del médico, la especialidad, el NPI o el número de licencia** en el cuadro de búsqueda.

Los resultados aparecerán debajo del cuadro de búsqueda y puede hacer clic en el nombre proporcionado o puede hacer clic en el texto **Ver todo**

- Opción 2: Desplácese hacia abajo y haga clic en uno de los cuadros "Buscar por proveedor de atención". Los resultados aparecerán en una nueva pantalla y podrá hacer clic en el nombre del médico para obtener detalles adicionales.

PASO 4

- Ver los resultados de su búsqueda.
- Haga clic en  el icono de la impresora para imprimir los resultados de su búsqueda.
- Haga clic en el nombre de un proveedor para ver más detalles.
- Haga clic en el botón **Volver a los resultados** en la esquina superior izquierda o en el cuadro **Atrás** en la parte inferior de la pantalla para volver a los resultados.



Log in for Personalized Search

Find doctors, hospitals, and more in your plan's network. Get detailed estimates for procedures or services (not available with some plans). If you don't have an account, [register now](#).

Log In to Find Care



Select a plan for basic search

Find out if a doctor, hospital, or other care provider is in-network for the plan selected.

Basic search as a guest

Select the type of plan or network

Medical Plan or Network (may also include dental, vision, or pharmacy benefits)

Care Providers for Behavioral Health & Substance Use Disorder Services are listed under Medical plan or network.

Select the state where the plan or network is offered. (For employer-sponsored plans, select the state where your employer's plan is contracted in. Most of the time, it's where the headquarters is located.)

California

Select how you get health insurance

Medical (Employer-Sponsored)

Select a plan or network

Prudent Buyer PPO/EPO

City, County, or ZIP

Search by doctor (name or specialty), hospital, procedure, and more

Please enter a location.

Your COVID-19 Test Site Finder

Search by Care Provider



Primary Care



Behavioral Health



Lab (Blood Work)



Imaging (MRI or X-ray)



Hospital

← Back to Results

Encuentre una farmacia

Encuentre una farmacia dentro de la red en [express-scripts.com](https://www.express-scripts.com) o esté donde esté con la aplicación móvil Express Scripts.

Desde [express-scripts.com](https://www.express-scripts.com):

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 restringir su búsqueda solo a esas farmacias, si es necesario. Haga clic en "Localizar farmacia".

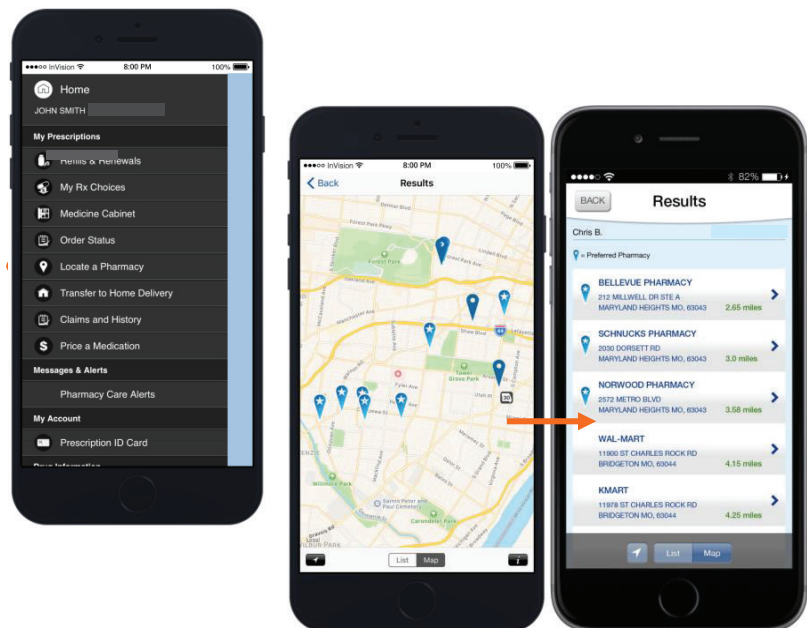
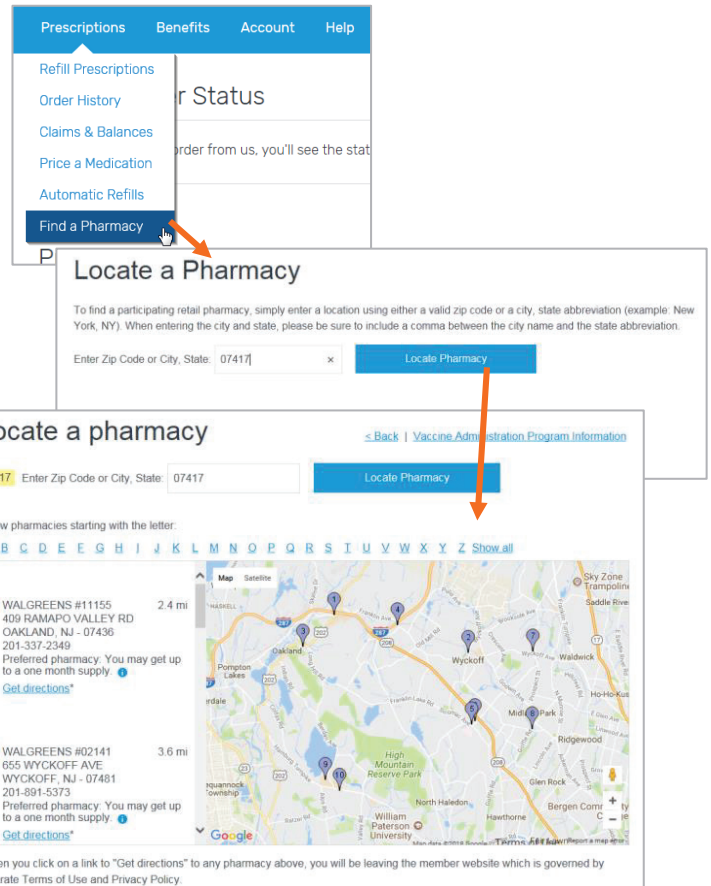
Los resultados de la búsqueda proporcionan un mapa y una lista que muestra las farmacias cercanas con dirección e información de contacto. También puede "Obtener indicaciones". Haga clic en una letra para encontrar farmacias por orden alfabético.

Desde la aplicación móvil [Express Scripts mobile](#):

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.



Note: The screenshots are a representation of search results and may not be specific to your benefit plan.

Registrarse con Express Scripts

Acceso en línea para ahorros y comodidad

Administre sus medicamentos en cualquier lugar, en cualquier momento con express-scripts.com y la aplicación móvil Express Scripts

Regístrese ahora para:

- **Obtener más ahorros.**
Comparar precios de medicamentos en múltiples farmacias. Obtener envío estándar gratuito¹ de Express Scripts Pharmacysm.
- **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. Imprimir formularios y tarjetas de identificación, si es necesario.
- **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, y usar su tarjeta de identificación virtual mientras viaja.

¡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 express-scripts.com, seleccione **Registrarse** o descargue la aplicación móvil **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.

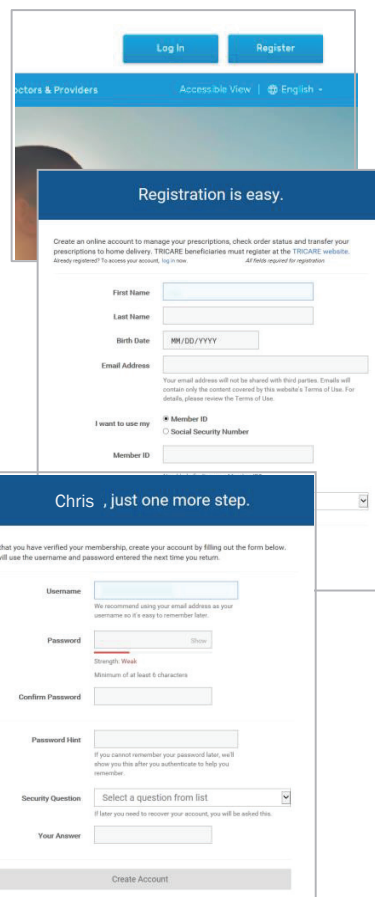
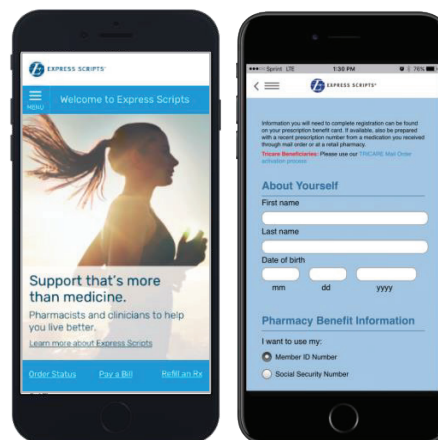
Los miembros que tienen autenticación Touch ID en sus dispositivos móviles pueden habilitarla para iniciar sesión en su cuenta de Express Scripts en la aplicación móvil, si así lo desean.

¹ Los costos de envío estándar se incluyen como parte del beneficio de su plan de medicamentos recetados.

² Las preferencias incluyen la opción de compartir la información de su receta con otros miembros adultos de su hogar (mayores de 18 años) que tengan cobertura en 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 Express Scripts está disponible para dispositivos iPhone®, Android™, Windows Phone®, Amazon™, and Blackberry® mobile devices.

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 muchos tipos diferentes 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 2023 es \$3,050
 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 2023 es \$5,000

¿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?

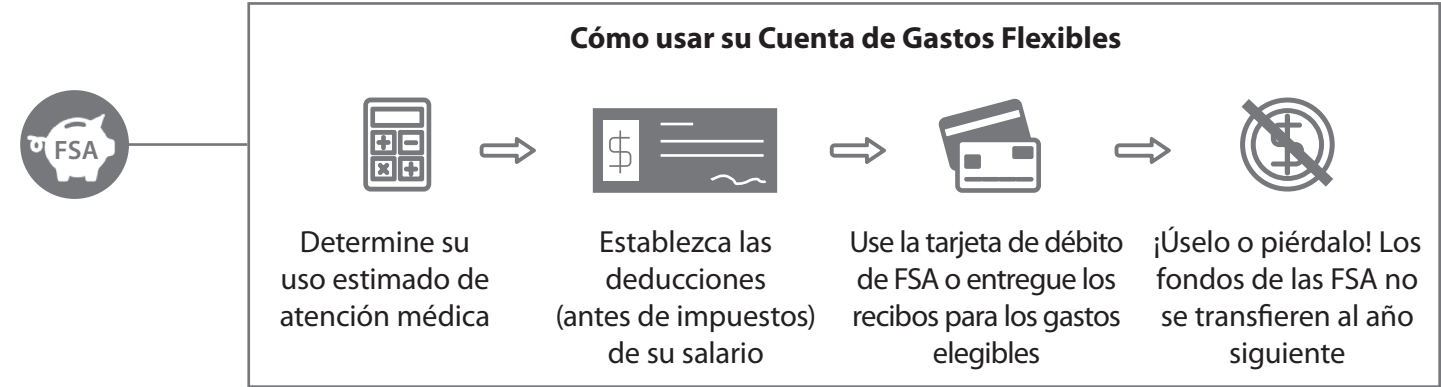
Debe inscribirse en el programa de FSA dentro de su plazo de elegibilidad inicial durante la inscripción abierta anual a fin de reinscribirse. En este momento, debe establecer un monto de contribución anual dentro del límite máximo. Una vez inscrito, tendrá acceso en línea para ver su saldo de FSA, verificar 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 7/1/2022 – 6/30/2023		Año del plan 7/1/2023 – 6/30/2024	
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 límite de envío es el 30 de septiembre de 2023	El plazo límite de envío es de 90 días después de la fecha de terminación	El plazo límite de envío es el 30 de septiembre de 2024
La fecha de finalización del período de gracia es el 15 de septiembre de 2023		La fecha de finalización del período de gracia es el 15 de septiembre de 2024	

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



Plan dental – MetLife

Usted y sus dependientes elegibles tienen la oportunidad de inscribirse en un plan dental de la Organización de Proveedores Preferidos (PPO) ofrecido por **MetLife**.

El plan Dental PPO está diseñado para que tenga la libertad de recibir atención odontológica de cualquier dentista con licencia que usted elija. Este plan ofrece los mismos porcentajes de coseguro para proveedores dentro y fuera de la red. Aunque tiene la opción de consultar al proveedor que usted desee, recibirá los mejores beneficios si elige un dentista dentro de la red.

Para encontrar un proveedor, vaya a: <https://metlocator.metlife.com/metlocator/execute/Search>.

Características del plan dental de MetLife

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	50%	50%
Ortodoncia (máx.)	\$3,000	\$3,000

Costo quincenal del empleado

Empleado	\$4.72
Empleado + cónyuge	\$9.37
Empleado + hijo	\$14.24
Familiar	\$20.86

Plan oftalmológico – MetLife

La cobertura oftalmológica es ofrecida por **MetLife** como un plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO). La red MetLife 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 MetLife.

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 un reclamo de reembolso hasta el monto permitido.

Para ver un resumen completo del plan, visite <http://mymetlifevision.com/find-eye-doctors.html>.

Características del plan oftalmológico de MetLife

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red
Examen <i>Cada 12 meses</i>	Copago de \$20*	Copago de \$45
Armazones <i>Cada 12 meses</i>	\$120 + 20% de descuento en el saldo \$65 en Costco	\$55
Lentes <i>Cada 12 meses Único/Bi-/Tri-Focal</i>	Cubierto en su totalidad después del copago	\$30
Lentes de contacto	\$120 de asignación	Hasta \$105

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.

Seguro de accidentes* – Aflac

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 **Aflac**. 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* – Aflac

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 **Aflac**. 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!

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

Pioneers Memorial 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 de enfermedad grave* – Aflac

El seguro de enfermedad grave de **Aflac** 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 una protección adicional para brindarle estabilidad financiera, Pioneers Memorial 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.

*Esta cobertura solo está disponible durante el período de inscripción abierta de cada año.

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 lo paga Pioneer 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 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

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 de muerte garantizado que nunca disminuirá, primas de nivel que nunca aumentarán, beneficios de vida y otras opciones, el seguro de vida permanente va más allá del seguro de vida a término típico. 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. Esta cobertura solo está disponible durante el período de inscripción abierta de cada año.

Programa de Asistencia al Empleado (EAP)

Pioneers Memorial 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.cignabehavioral.com; contraseña: pioneers

Opciones de jubilación

Pioneers Memorial 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. Hay más información detallada disponible acerca de su plan si contacta con un representante del plan OneAmerica. Puede llamar al 800.858.3829.

¿Qué tipo de programa está disponible para mí?

Es posible que el plan de jubilación calificado de Pioneers Memorial Health District 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 están financiados por un acuerdo de financiación grupal que facilita OneAmerica.

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 que realiza Pioneers Memorial Healthcare District, además de todas las ganancias que generen, quedan sujetas a un cronograma de inversión gradual 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. Pioneers Memorial Healthcare District hará una contribución adicional a su plan según sus años de servicio. Consulte la cuadrícula para conocer los detalles.

Plan Roth 401(k)

Las contribuciones se hacen después de los impuestos. Los ahorros del participante crecerán sin tener que pagar impuestos y usted no paga 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 \$12,500 para 2021 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	Pinnacle (Red: Anthem)	Búsqueda de buscador de proveedores: www.anthem.com/ca/find-care Reclamos: 800.649.9121; www.pinnacletpa.com
Farmacia	Express Scripts	www.express-scripts.com
Cuenta de Gastos Flexibles	Servicios administrativos de Igoe	800.633.8818, opción 1; www.goigoe.com
Plan dental	MetLife	800.638.5433; www.metlife.com
Plan oftalmológico	MetLife	800.638.5433; www.metlife.com
Accidente, enfermedad grave, e indemnización de hospital	Aflac	800.992.3522; www.aflac.com
Seguro de 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.cignabehavioral.com
Plan de jubilación	OneAmerica Asesores de jubilación de NFP	800.858.3829; www.oareirement.com 800.959.0071; www.nfp.com/retirement
Protección contra robo de identidad	Identity Guard	888.283.1725; www.identityguard.com

PARTE D DE MEDICARE CERTIFICADO DE COBERTURA ACREDITABLE

Notificación Importante de Pioneers Memorial Hospital Acerca de Sus Prescripciones Médicas y de Medicare

Favor de leer esta notificación cuidadosamente y guárdela dónde la pueda encontrar fácilmente. Esta notificación contiene información acerca de su cobertura actual con Pioneers Memorial Hospital para los medicamentos recetados y acerca de las opciones que tiene de acuerdo con los términos de Medicare sobre la cobertura de medicamentos recetados. Esta información le puede ayudar a usted a decidir si quiere o no formar parte del plan de medicamentos de Medicare. Si usted está considerando formar parte, debe comparar la cobertura actual que tiene, incluyendo los medicamentos que están cubiertos y su precio, con la cobertura y gastos de los planes de Medicare que ofrecen en su área cobertura para medicamentos recetados. Si desea obtener Información acerca de dónde puede obtener ayuda para tomar las decisiones acerca de la cobertura de medicamentos con receta, la puede encontrar al final de esta notificación.

Hay dos cosas importantes que usted debe saber acerca de su cobertura actual y la cobertura de Medicare para medicamentos recetados:

1. La cobertura de Medicare para medicamentos con receta está disponible desde el 2006, para quienes tengan Medicare. Usted puede obtener esta cobertura, si usted entra a formar parte del Plan de Medicamentos con Receta de Medicare, o a un Plan de Ventaja de Medicare (tal como un HMO o un PPO) que ofrecen cobertura de medicamentos con receta. Todos los planes de Medicare que cubren las drogas proveen al menos un nivel de cobertura estándar fijado por Medicare. Algunos planes podrían también ofrecer más cobertura pagando una prima mensual más alta.
2. Pioneers Memorial Hospital ha determinado que la cobertura de medicamentos con receta que ofrece Blue Cross Blue Shield of CA es, en promedio, para todos los participantes del plan, esperan pagar tanto como una cobertura estándar de Medicare y por lo tanto se considera una Cobertura Acreditable. Debido a que su cobertura existente es una Cobertura Acreditable usted puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una multa) si decide unirse a un plan de recetas de Medicare.

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

Usted puede entrar a formar parte del plan para medicamentos que ofrece Medicare tan pronto sea elegible para Medicare y cada año a partir del 15 de Octubre al 7 de Diciembre. No obstante, si usted pierde su cobertura actual para la prescripción de medicamentos acreditable, sin que sea su falta, usted también será elegible para un Periodo Especial de Inscripción de dos (2) meses (SEP) para participar en un plan de medicamentos de Medicare.

¿Qué sucede con su cobertura actual si usted decide unirse a un Plan de Medicamentos de Medicare?

Si usted decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura actual con Pioneers Memorial Hospital no quedará afectada. Aquellas personas que opten por la cobertura de la Parte D, pueden conservar esta cobertura bajo los planes de Pioneers Memorial Hospital, pero este plan no coordina con la cobertura de la Parte D. Vea las páginas 7- 9 de la Divulgación de la Cobertura Acreditable de CMS. La Guía para las personas elegibles a la Parte D de Medicare (disponible visitando <http://www.cms.hhs.gov/CreditableCobertura/>), que describe las disposiciones/opciones de prescripciones del plan que las personas elegibles de Medicare puedan tener a su disposición y pueden ser elegibles para obtener la Parte D de Medicare.

Si usted decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare y cancelar el que tiene ahora con la cobertura de Pioneers Memorial Hospital puede hacerlo; teniendo en cuenta que usted y sus dependientes podrán nuevamente obtener esta cobertura en el siguiente periodo de inscripción.

¿Cuándo tendrá que pagar una prima más alta (multa), para poder unirse a un Plan de Medicamentos de Medicare?

También debe saber que si usted se sale o pierde la presente cobertura con Pioneers Memorial Hospital y no se inscribe a un plan de medicamentos de Medicare en el transcurso de 63 días continuos después de haber terminado su cobertura actual, usted tendría que pagar una prima más alta (una multa), para poder obtener más tarde un plan de drogas de Medicare.

Si transcurren 63 días continuos o más sin cobertura acreditable continua, o más tiempo sin prescripción para medicamentos, su prima mensual podría subir por lo menos el 1% de la prima básica beneficiaria por mes de Medicare durante la cual no la tuvo. Por ejemplo, si transcurren diecinueve (19) meses sin cobertura acreditable, su prima se puede consistentemente subir por lo menos 19% más que la prima beneficiaria básica de Medicare. También, posiblemente tendría que pagar esa prima alta (una multa) mientras tenga la cobertura de Medicare para la prescripción de medicamentos. Además, posiblemente tenga que esperar hasta el siguiente Octubre para volverse a inscribir.

Si desea obtener Información adicional acerca de esta Notificación o sobre su Cobertura actual para la Prescripción de Medicamentos...

Comuníquese con la persona que se indica a continuación si desea obtener información adicional. NOTA: Usted recibirá esta notificación cada año. También la recibirá antes del próximo periodo en el cual usted puede inscribirse en el plan de medicamentos de Medicare, en caso que esta cobertura cambiara, o pueda obtenerla por intermedio de Pioneers Memorial Hospital. Usted también puede solicitar una copia de esta notificación en cualquier momento.

Si desea obtener Información adicional acerca de sus opciones bajo el Plan de Cobertura de Medicamentos con Prescripción de Medicare ...

Si desea información más detallada acerca de los planes de Medicare que ofrecen cobertura para medicamentos con prescripción, en el manual titulado "Medicare & You" (Medicare y Usted). Usted recibirá cada año una copia del manual por correo, de parte de Medicare. También es posible que de parte de la oficina del plan de Medicare se comuniquen con usted directamente.

- Si desea información adicional acerca de la cobertura de medicamentos con prescripción que ofrece Medicare visite: www.medicare.gov
- Llame al State Health Insurance Assistance Program (Programa de Asistencia Pública del Interior) el número se encuentra en la parte posterior de la cubierta de su manual.
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si sus recursos e ingresos son limitados, hay ayuda disponible para que pueda pagar la cobertura por las prescripción de medicamentos de Medicare. Si desea información acerca de esta ayuda, visite la oficina del Seguro Social en la página de red www.socialsecurity.gov, o llame al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Recuerde: Guarde esta notificación sobre la Cobertura Acreditable. Si desea inscribirse en uno de los planes de medicamentos que ofrece Medicare, se le podría pedir que presentara una copia de la notificación cuando se inscriba, para indicar si usted ha o no mantenido cobertura acreditable y, por lo tanto, determinar si usted tiene o no tiene que pagar una prima más alta (una multa).

NOTIFICACIONES IMPORTANTES

Aviso de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA)

La ley de HIPAA requiere que Pioneers Memorial Hospital el plan de Beneficios de Bienestar le notifique que el aviso de privacidad está disponible por solicitud. Para solicitar una copia del aviso de privacidad del plan, comuníquese con Recursos Humanos.

Decreto sobre los Derechos de la Mujer en Cuanto a la Salud y el Cáncer (Women's Health and Cancer Rights Act) (Ley de Janet)

El 21 de Octubre de 1998, el Congreso pasó una ley conocida como el Decreto sobre los Derechos de la Mujer en Cuanto a la Salud y el Cáncer. Esta ley requiere que los planes de salud grupales que proveen beneficios para mastectomías provean cobertura para ciertos servicios reconstructivos. Estos servicios incluyen:

- Reconstrucción del seno sobre el cual se haya hecho la mastectomía,
- Cirugía/reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica,
- Protésis, y
- Complicaciones físicas durante todas las etapas de la mastectomía, incluyendo linfodemas

No obstante, el plan puede aplicar deducibles y copagos de acuerdo con otras coberturas provistas por el plan.

Si desea obtener información adicional, puede comunicarse con el Departamento de Recursos Humanos o ver una copia de la descripción del resumen del plan (SPD).

Notificación Inicial Acerca de los Derechos de Inscripción Especial en el plan de Salud de Pioneers Memorial Hospital

La ley federal conocida como HIPAA exige que le notifiquemos acerca de su derecho de inscribirse en el plan bajo sus "provisiones de inscripción especial" si usted adquiere nuevo dependiente, o si usted declina sus beneficios bajo este plan para sí mismo o para un dependiente elegible mientras que otra cobertura está en efecto y la pierde más tarde debido a ciertas razones que califican.

Aviso General de Derechos de Inscripción Especial

Perdida de otros beneficios (excluyendo Medicaid o el Programa de Menores del Estado de Seguro de Salud). Si rechaza la inscripción para usted o para un dependiente elegible (incluyendo su pareja), mientras que otro seguro de salud o cobertura de plan médico grupal este, en efecto, es posible que pueda inscribirse e inscribir a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para los otros beneficios (o si el empleador deja de contribuir hacia los beneficios de sus dependientes). Sin embargo, usted debe solicitar la inscripción dentro de 30 días después de que usted o sus dependientes terminen la otra cobertura (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura de beneficios).

Pérdida de la cobertura de Medicaid o el Programa de Menores del Estado de Seguro de Salud Si rechaza la inscripción para usted o para un dependiente elegible (incluyendo su pareja), mientras que la cobertura de Medicaid o la cobertura bajo el programa para niños del estado de seguro de salud este en efecto, es posible que pueda inscribirse e inscribir a sus dependientes en este plan. Si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para la otra cobertura. Sin embargo, usted debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días después de su cobertura o la de sus dependientes termina a través de Medicaid o el programa para Menores del Estado de Seguro de Salud..

Nuevo Dependiente por Matrimonio, Nacimiento, Adopción o Colocación para Adopción. Si usted tiene un dependiente nuevo como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, es posible que pueda inscribirse e inscribir a sus nuevos dependientes. Sin embargo, usted debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción. La elegibilidad para Medicaid o el Programa de Menores del Estado de Seguro de Salud. Si usted o sus dependientes (incluyendo su pareja) es elegible para un subsidio del estado más asistencia de Medicaid o través de un programa para Menores del Estado de Seguro de Salud con respecto a la cobertura bajo este plan, es posible que pueda inscribirse e inscribir a sus dependientes en este plan. Sin embargo, usted debe solicitar la inscripción para usted o para sus dependientes dentro de los 60 días después de determinación de elegibilidad para asistencia.

La elegibilidad para Medicaid o el Programa de Menores del Estado de Seguro de Salud. Si usted o sus dependientes (incluyendo su pareja) es elegible para un subsidio del estado con asistencia de Medicaid o través de un programa para Menores del Estado de Seguro de Salud con respecto a la cobertura bajo este plan, es posible que pueda inscribirse e inscribir a sus dependientes en este plan. Sin embargo, usted debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días después de su determinar, si usted o sus dependientes tienen la elegibilidad para asistencia. Para solicitar inscripción especial u obtener más información sobre las provisiones especiales de inscripción del plan, contacte a Recursos Humanos.

Modelo DOL Aviso General (Inicial) de los Derechos de Cobertura de Continuación de COBRA

Recibe este aviso porque recientemente obtuvo cobertura bajo un plan de salud grupal. Este aviso tiene información importante sobre su derecho de cobertura de continuación con COBRA, que es una extensión temporal de beneficios bajo el Plan. Este aviso explica la cobertura de continuación de COBRA, cuando puede estar disponible para usted y su familia, y lo que usted necesita hacer para proteger su derecho de obtenerlo. Cuando usted sea elegible para COBRA, también puede ser elegible para otras opciones de cobertura que pueden costar menos que la cobertura de continuación de COBRA.

El derecho a la cobertura de continuación de COBRA fue creado por una ley federal, del Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act de 1985 (COBRA). De esta manera la cobertura de continuación de COBRA puede estar disponible para usted y otros miembros de su familia cuando la cobertura de salud grupal termina. Para obtener más información sobre sus derechos y obligaciones bajo el Plan y bajo la ley federal, debe revisar la Descripción Resumen del Plan o comunicarse con el Administrador del Plan.

Es posible que tenga otras opciones disponibles cuando pierde los beneficios de salud grupal. Por ejemplo, puede ser elegible para comprar un plan individual a través del Mercado de Seguros de Salud. Al inscribirse en la cobertura a través del Mercado de Seguros de Salud, puede calificar para reducir los gastos de sus primas mensuales y reducir los gastos de su propio bolsillo. Además, puede calificar para un período de inscripción especial de 30 días para otro plan de salud grupal para el cual es elegible (como el plan de su pareja), inclusive si ese plan generalmente no acepta inscripciones tardes.

¿Que es la cobertura de continuación de COBRA?

La cobertura de continuación de COBRA es una continuación de beneficios del Plan cuando de otra manera terminaría debido a algún evento de vida. Esto también se llama un "evento calificativo." Los eventos específicos calificadores se indican más adelante en este aviso. Después de un evento que califica, la cobertura de continuación de COBRA debe ser ofrecida a cada persona que sea un "beneficiario calificado". Usted, su pareja y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios calificados si la cobertura bajo el Plan se pierde debido a un evento calificador.

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

Sus horas de empleo se reducen, o su empleo termina por cualquier razón que no sea de mala conducta.

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

- Su pareja muere;
- Se reducen las horas del trabajo de su pareja;
- El empleo de su pareja termina por cualquier razón que no sea su mala conducta;
- Su pareja tiene derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B, o ambos); o
- Usted se divorcia o se separa legalmente de su pareja;

Sus hijos dependientes serán convertidos en beneficiarios que califican si se pierde la cobertura bajo el Plan debido a los siguientes eventos que califican

- El padre-empleado muere;
- Se reducen las horas de trabajo de los padres / empleados;
- El empleo del padre-empleado termina por cualquier razón que no sea su mala conducta;
- El padre-empleado tiene derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B, o ambos);
- Los padres se divorcian o se separan legalmente; o
- El hijo (a) deja de ser elegible para la cobertura bajo el plan de "hijo dependiente"
- **Otros Beneficiarios Calificados**

Hijos nacidos y colocados para adopción del empleado cubierto durante el período cubierto de COBRA.

Un hijo nacido, adoptado o colocado para adopción con un empleado cubierto durante un período de cobertura de COBRA se considera un beneficiario calificado siempre y cuando el empleado cubierto haya elegido cobertura de COBRA para sí mismo.

Modelo DOL Aviso General (Inicial) de los Derechos de Cobertura de Continuación de COBRA (continuado)

La cobertura de COBRA del hijo comienza cuando el o ella este inscrito en el Plan, ya sea por medio de inscripción abierta, y dura el tiempo de la cobertura de COBRA para otros miembros de la familia del empleado cubierto. Para estar inscrito en el Plan el hijo (a) tiene que satisfacer los requisitos de elegibilidad del Plan del cual de otra manera serían aplicables.

Los destinatarios alternos bajo QMCOS

Un hijo(a) del empleado que esta cubierto y esté recibiendo beneficios bajo el plan de acuerdo con la orden médica de manutención de hijos (QMCOS) recibido por el administrador durante el período de empleo del empleado cubierto tiene los mismos derechos de elegir COBRA como hijo dependiente elegible del empleado cubierto.

¿Cuándo está disponible la Cobertura de COBRA?

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

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

Para todos los demás eventos calificativos (divorcio o separación legal del empleado y pareja o cuando un hijo dependiente deja de ser cubierto como hijo dependiente), debe notificarlo al Administrador del Plan dentro de los 60 días a la ocurrencia del evento calificador. Usted debe proporcionar esta notificación a:

PIONEERS MEMORIAL HEALTHCARE DISTRICT Departamento de Recursos Humanos

Atención: Estella Chavarin, Recursos Humanos

207 West Legion Road

Brawley, CA 92227

¿Cómo se proporciona la cobertura de COBRA?

Una vez que el Administrador del Plan reciba la notificación de que se ha producido un evento de calificación, se ofrecerá una cobertura de continuación de COBRA a cada uno de los beneficiarios que califican. Cada beneficiario calificado tendrá derecho independiente para elegir la cobertura de continuación de COBRA. Los empleados cubiertos pueden elegir la cobertura de continuación de COBRA en nombre de sus parejas, y los padres pueden elegir la cobertura de continuación de COBRA en nombre de sus hijos.

La cobertura de continuación COBRA es una continuación temporal de la cobertura que por lo general dura 18 meses debido a la terminación del empleo o la reducción de las horas de trabajo. Ciertos eventos que califican, o un segundo evento de calificación durante el período inicial de cobertura, pueden permitir que un beneficiario reciba un máximo de 36 meses de cobertura. Cuando el evento de calificación es la muerte del empleado, el beneficio del empleado que califica se convierte en beneficiario de Medicare (bajo la Parte A, Parte B o ambos), su divorcio o separación legal, o la de un hijo dependiente deja de ser elegible como hijo dependiente que pierde su cobertura de dependiente; la cobertura de continuación COBRA puede durar hasta un total de 36 meses.

Cuando el evento calificador es el fin del empleo o la reducción de las horas de empleo del empleado, y el empleado tuvo derecho a los beneficios de Medicare menos de 18 meses antes del evento calificador, la cobertura de continuación COBRA para beneficiarios calificados que no sea el empleado puede durar hasta 36 meses después La fecha del derecho de Medicare. Por ejemplo, si un empleado cubierto tiene derecho a Medicare 8 meses antes de la fecha en que termina su empleo, la cobertura de continuación de COBRA para su pareja e hijos puede durar hasta 36 meses después de la fecha del derecho de Medicare, que es igual a 28 meses después La fecha del evento calificador (36 meses menos 8 meses). De lo contrario, cuando el evento de calificación es el fin del empleo o la reducción de las horas de empleo del empleado, la cobertura de continuación COBRA, por lo general, dura sólo hasta un total de 18 meses.

También hay formas en que este período de 18 meses de continuación de cobertura COBRA se puede extender.

Extensión de discapacidad de un período de 18 meses de continuación de cobertura

Si usted o alguien de su familia cubierto por el Plan es determinado por el Seguro Social como incapacitado y usted notifica al Administrador del Plan con anticipación, usted y su familia entera pueden tener derecho a recibir hasta 11 meses adicionales de cobertura de continuación de COBRA, Por un máximo de 29 meses. La discapacidad tendría que haber comenzado en algún momento antes del 60º día de la cobertura de continuación de COBRA y debe durar por lo menos hasta el final del período de 18 meses de cobertura de continuación de COBRA.

Segunda extensión calificativa del período de 18 meses de continuación de la cobertura

Si su familia tiene otro evento que califica durante los 18 meses de cobertura de continuación de COBRA, la pareja e hijos dependientes de su familia pueden recibir hasta 18 meses adicionales de cobertura de continuación de COBRA, por un máximo de 36 meses, si el Plan es notificado con anticipación sobre el segundo evento que califica. Esta extensión puede estar disponible para la pareja y cualquier niño dependiente que reciba cobertura de continuación de COBRA. Si el empleado o ex empleado muere; Tiene derecho a los beneficios de Medicare (bajo la Parte A, Parte B, o ambos); Se divorcia o se separa legalmente; O si el hijo dependiente deja de ser elegible bajo el Plan como hijo dependiente. Esta extensión sólo está disponible si el segundo evento calificador causaría que el pareja o el hijo dependiente perdiera la cobertura bajo el Plan si el primer evento de calificación no hubiera ocurrido.

Pérdida de Cobertura en Anticipación de Divorcio o Separación Legal

Si su pareja reduce o elimina su cobertura de salud grupal bajo el Plan en anticipación a un divorcio o separación legal, y luego más tarde se divorcian o se separan legalmente, el divorcio o separación legal puede ser considerado un evento calificador para usted aunque usted haya perdido previamente los beneficios.

Debe dar aviso de algunos Eventos para Calificar

Para otros eventos que califican (divorcio o separación legal del empleado y pareja o cuando un hijo deja de ser dependiente a cargo), debe avisar al Administrador del Plan dentro de 60 días de la fecha del evento calificador y antes de la fecha de done pierde la cobertura. Debe proporcionar esta información usando el formulario adjunto titulado "Aviso de Evento Calificado", y debe seguir los Procedimientos de Notificación descritos en el formulario. Si no sigue los procedimientos o si no proporciona el aviso durante el período de notificación de 60 días, perderá su derecho a elegir o, en el caso de un segundo evento calificado, para extender COBRA.

Segundo Evento que Califica

Si su familia tiene otro evento que califica durante la extensión de incapacidad, su pareja e hijos dependientes de su familia pueden extender hasta un máximo de 36 meses si el Plan es notificado con anticipación sobre el segundo evento calificador. Esta extensión puede ser disponible para la pareja y cualquier niño dependiente que reciba cobertura de continuación de COBRA si el empleado o ex empleado muere; tiene derecho a los beneficios de Medicare (bajo la Parte A, Parte B, o ambos); se divorcia o se separa legalmente; o si el hijo dependiente deja de ser elegible bajo el Plan como hijo dependiente. Esta extensión sólo está disponible si el segundo evento calificador hubiera causado que la pareja o el hijo dependiente perdieran la cobertura bajo el Plan si el primer evento de calificación no hubiera ocurrido.

¿HAY OTRAS OPCIONES DE COBERTURA ADEMÁS DE LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE COBRA?

Sí. En lugar de inscribirse en la cobertura de continuación de COBRA, puede haber otras opciones de cobertura para usted y su familia a través del Programa del Seguro de Salud, Medicaid u otras opciones de beneficios de plan de salud grupal (como el plan de su pareja) a través de lo que se llama "Opción Especial" Algunas de estas opciones pueden costar menos que la cobertura de continuación de COBRA. Puede obtener más información sobre muchas de estas opciones en www.healthcare.gov.

Si tiene preguntas Preguntas relacionadas con su Plan o sus derechos de cobertura de continuación de COBRA deben dirigirse al contacto o contactos identificados a continuación. Para obtener más información sobre sus derechos bajo la Ley de Seguridad de Ingresos para Jubilados de Empleados (ERISA), incluyendo COBRA, la Ley de Protección al Paciente y Asistencia Asequible y otras leyes que afectan los planes de salud grupales, comuníquese con la Oficina Regional o de Distrito más cercana del Empleado del Departamento de Trabajo Administración de Seguridad de Beneficios (EBSA) en su área o visite www.dol.gov/ebsa. (Las direcciones y los números de teléfono de las oficinas regionales y distritales de EBSA están disponibles en el sitio web de EBSA).

Para obtener más información sobre el Marketplace, visite www.HealthCare.gov.

Mantenga su plan informado de los cambios de dirección

Para proteger los derechos de su familia, informe al Administrador del Plan sobre cualquier cambio en las direcciones de los miembros de la familia. También debe guardar una copia, para sus registros, de los avisos que envíe al Administrador del Plan.

Información de contacto del plan

PIONEERS MEMORIAL HEALTHCARE DISTRICT Departamento de Recursos Humanos

Atención: Estella Chavarin, Recursos Humanos

207 West Legion Road

Brawley, CA 92227

Nuevas opciones de cobertura en el Mercado de Seguros de Salud y su cobertura médica

PARTE A: Información General

Cuando entren en vigencia las partes clave de la ley de salud en el 2014, habrá una nueva forma de adquirir seguros médicos: a través del Mercado de Seguros de Salud. A fin de ayudarle mientras evalúa las opciones para usted y su familia, este aviso brinda información básica sobre el nuevo mercado.

¿Qué es el Mercado de Seguros de Salud?

El Mercado de Seguros de Salud está diseñado para ayudarle a encontrar un seguro médico que satisficiera sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El Mercado de Seguros de Salud ofrece opciones de compra en un solo sitio, para buscar y comparar opciones de seguros médicos privados. También existe la posibilidad de que sea elegible para un nuevo tipo de crédito de impuestos que reduce su prima mensual de inmediato. El periodo de inscripción para la cobertura de seguro médico a través del Mercado de Seguros de Salud comienza en Octubre de 2013 para cobertura que comienza el 1º de Enero del 2014.

¿Puedo ahorrar dinero en las primas del seguro médico que ofrece el Mercado de Seguros de Salud?

Es posible que tenga la oportunidad de ahorrar dinero y reducir su prima mensual, pero solo si su empleador no ofrece cobertura médica u ofrece una cobertura médica que no cumple con determinadas normas. Los ahorros en la prima por la cual puede ser elegible dependen de los ingresos de su familia.

¿La cobertura médica del empleador afecta la elegibilidad para los ahorros en la prima a través del Mercado de Seguros de Salud?

Sí. Si su empleador brinda cobertura médica que cumple con determinadas normas, no será elegible para un crédito de impuestos a través del Mercado de Seguros de Salud y es posible que desee inscribirse en el plan de salud de su empresa. No obstante, es posible que sea elegible para un crédito de impuestos que reduce la prima mensual o para una reducción en la participación en los gastos si su empleador no brinda cobertura o no brinda cobertura que cumple con determinadas normas. Si el costo del plan de su empleador que le brindaría cobertura a usted (y no, a los demás miembros de la familia) supera el 9.5 % del ingreso anual de su familia, o si la cobertura médica que brinda su empleador no cumple con la norma de "valor mínimo" establecida por la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act o ACA, por sus siglas en inglés), es posible que sea elegible para un crédito de impuestos.¹

Nota: Si adquiere un plan de salud a través del Mercado de Seguros de Salud en lugar de aceptar la cobertura médica que brinda su empleador, es posible que pierda las contribuciones (si las hay) que el empleador da para la cobertura médica que brinda. Además, las contribuciones del empleador (así como sus las contribuciones como empleado para la cobertura médica que brinda el empleador) a menudo se excluyen del ingreso sujeto impuesto federal y estatal. Los pagos para la cobertura médica a través del Mercado de Seguros de Salud se realizan después de impuestos.

¿Cómo puedo obtener más información?

El Mercado de Seguros de Salud puede ayudarle a evaluar sus opciones de cobertura médica, incluyendo su elegibilidad para la cobertura a través del Mercado de Seguros de Salud y sus valores. Visite CuidadoDeSalud.gov para obtener más información, incluyendo una solicitud en línea de cobertura de seguros médicos e información de contacto para un Mercado de Seguros de Salud de seguros médicos en su área.

Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con la "norma de valor mínimo" si la participación del plan en los valores totales de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos gastos.

PARTE B: Información sobre la cobertura médica que brinda su empleador

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

¹ Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con la "norma de valor mínimo" si la participación del plan en los valores totales de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos gastos.

PARTE B: Información sobre la cobertura médica que brinda su empleador

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

3. Nombre del empleador: Pioneers Memorial Healthcare District		4. Número de identificación del empleador (EIN, por sus siglas en inglés)	
5. Dirección del empleador 207 West Legion Road		6. Número de teléfono del empleador 760-351-3333	
7. Ciudad Brawley		8. Estado CA	9. Código postal 92227
10. ¿Con quién podemos comunicarnos en relación con la cobertura médica del empleado en este empleo? Recursos Humanos			
11. Número de teléfono (si difiere del que figura arriba) 760-351-3333		12. Dirección de correo electrónico	

Información básica sobre la cobertura de salud ofrecida por este empleador:

- Como su Empleador, ofrecemos planes de beneficio:
X Para todos los Empleados. Los empleados elegibles son:
Todos los empleados que trabajen un mínimo de 30 horas o más por semana
Algunos empleados. Los empleados elegibles son:
- Con respecto a los dependientes:
X Ofrecemos cobertura. Los dependientes elegibles son:
Niños hasta la edad de 26 años, parejas y parejas domésticas
No ofrecemos cobertura.

✓ Si está marcada, esta cobertura cumple con el estándar de valor mínimo, y el costo de esta cobertura para usted está destinado a ser asequible, basado en salarios de los empleados.

**Si su empleador tiene la intención de que su cobertura sea asequible, es posible que siga siendo elegible para un descuento de prima a través del Mercado de Seguros de Salud. El Mercado de Seguros de Salud usará los ingresos de su hogar, junto con otros factores, para determinar si puede ser elegible para un descuento de la prima. Por ejemplo, si su salario varía de una semana a otra (tal vez usted es un empleado por hora o trabaja con comisión), si es recién contratado a mediados del año o si tiene otras pérdidas de ingresos, puede calificar para un descuento de prima.

Si decide comprar una cobertura en el Mercado de Seguros de Salud, www.HealthCare.gov le ayudará con del proceso.

ASISTENCIA DE PRIMA BAJO MEDICAID Y EL PROGRAMA DE SEGURO DE SALUD PARA NIÑOS (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para los beneficios de salud de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia para las primas que pueden ayudar a pagar por la cobertura, utilizando fondos de sus programas de Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, usted no será elegible para estos programas de asistencia para las primas, pero es posible que pueda comprar cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros de Salud. Para obtener más información, visite www.healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y usted vive en un Estado que se enumeran a continuación, pongase en contacto con su oficina estatal de Medicaid o CHIP para saber si la asistencia prima está disponible.

Si usted o sus dependientes NO están actualmente inscritos en Medicaid o CHIP, y usted piensa que usted o alguno de sus dependientes pueden ser elegibles para cualquiera de estos programas, comuníquese con su oficina estatal de Medicaid o CHIP o marque 1-877-KIDS NOW o www.insurekidsnow.gov para saber cómo aplicar. Si usted califica, pregunte a su estado si tiene un programa que pueda ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para asistencia con las primas bajo Medicaid o CHIP, y también es elegible bajo el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en su plan de empresa si aún no está inscrito. Esto se conoce como una oportunidad de "inscripción especial", y usted debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días de haber sido determinado elegible para asistencia con la prima. Si usted tiene preguntas sobre la inscripción en su plan de empresa, póngase en contacto con el Departamento de Trabajo en www.askebsa.dol.gov o llame al 1-866-444-EBSA (3272).

Si usted vive en alguno de los siguientes Estados, usted es elegible para recibir ayuda con el pago de las primas del plan de salud ofrecido por su empleador. La siguiente es una lista actualizada de los Estados a partir del 31 de Julio del 2016. Debe comunicarse con su Estado para obtener información adicional sobre la elegibilidad. Alabama, Alaska, Colorado, Florida, Georgia, Indiana, Iowa, Kansas, Kentucky, Louisiana, Maine, Massachusetts, Minnesota, Missouri, Montana, Nebraska, Nevada, New Hampshire, New Jersey, New York, North Carolina, North Dakota, Oklahoma, Oregon, Pennsylvania, Rhode Island, South Carolina, South Dakota, Texas, Utah, Vermont, Virginia, Washington, West Virginia, Wisconsin, Wyoming.

Para saber si algunos otros Estados han agregado un programa de asistencia con el pago de las primas después del 31 de Julio del 2016, o desea obtener información adicional especial sobre los derechos de inscripción, puede comunicarse con los siguientes:

Departamento de Trabajo de los Estados Unidos | Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados | www.dol.gov/ebsa | 1-866-444-EBSA (3272)
Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos | Centros para servicios de Medicare y Medicaid | www.cms.hhs.gov | 1-877-267-2323, opción 4, Ext. 61565.

ALABAMA – Medicaid Website: www.myalhipp.com Phone: (855) 692-5447	MASSACHUSETTS – Medicaid and CHIP Website: www.mass.gov/masshealth Phone: (800) 462-1120	OREGON – Medicaid Website: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx Phone: (800) 699-9075
ALASKA – Medicaid Website: http://myakhipp.com/ Phone: 1 (866) 251-4861 Email: customerservice@myakhipp.com Medicaid Eligibility: http://dhss.alaska.gov/dpa/pages/medicaid/default.aspx	MINNESOTA – Medicaid Website: http://mn.gov/dhs/ma/ Click on Healthcare, then Medical Assistance Phone: (800) 657-3739	PENNSYLVANIA – Medicaid Website: http://www.dhs.pa.gov/hipp Phone: (800) 692-7462
ARKANSAS – Medicaid Website: http://myarhipp.com/ Phone: (855) 692-7447	MISSOURI – Medicaid Website: www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Phone: (573) 751-2005	RHODE ISLAND – Medicaid Website: www.eohhs.ri.gov Phone: (401) 462-5300
COLORADO – Medicaid Website: www.colorado.gov/hcpf Medicaid Customer Contact Center: (800) 221-3943	MONTANA – Medicaid Website: http://dphhs.mt.gov/montanahealthcareprograms/hipp Phone: (800) 694-3084	SOUTH CAROLINA – Medicaid Website: www.scdhhs.gov Phone: (888) 549-0820
FLORIDA – Medicaid Website: https://www.flmedicaidtplecovery.com/hipp/ Phone: (877) 357-3268	NEBRASKA – Medicaid Website: http://dhhs.ne.gov/children_family_services/accessnebraska/pages/accessnebraska_index.aspx Phone: (855) 632-7633	SOUTH DAKOTA – Medicaid Website: http://dss.sd.gov Phone: (888) 828-0059
GEORGIA – Medicaid Website: http://dch.georgia.gov/medicaid Click on Health Insurance Premium Payment (HIPP) Phone: (404) 656-4507	NEVADA – Medicaid Medicaid Website: dwss.nv.gov/ Medicaid Phone: (800) 992-0900	TEXAS – Medicaid Website: https://www.gethipptexas.com/ Phone: (800) 440-0493
INDIANA – Medicaid Healthy Indiana Plan for low-income adults 19-64 Website: http://www.hip.in.gov Phone: (877) 438-4479 All other Medicaid Website: http://www.indianamedicaid.com Phone: (800) 403-0864	NEW HAMPSHIRE – Medicaid Website: www.dhhs.nh.gov/oii/documents/hippapp.pdf Phone: (603) 271-5218	UTAH – Medicaid and CHIP Medicaid Website: health.utah.gov/medicaid CHIP Website: health.utah.gov/chip Phone: (877) 543-7669
IOWA – Medicaid Website: www.dhs.state.ia.us/hipp/ Phone: (888) 346-9562	NEW JERSEY – Medicaid and CHIP Medicaid Website: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Medicaid Phone: (609) 631-2392 CHIP Website: www.njfamilycare.org/index.html CHIP Phone: (800) 701-0710	VERMONT – Medicaid Website: www.greenmountaincare.org/ Phone: (800) 250-8427
KANSAS – Medicaid Website: www.kdheks.gov/hcf/ Phone: (785) 296-3512	NEW YORK – Medicaid Website: www.nyhealth.gov/health_care/medicaid/ Phone: (800) 541-2831	VIRGINIA – Medicaid and CHIP Medicaid Website: http://www.coverva.org/programs_premium_assistance.cfm Medicaid Phone: (800) 432-5924 CHIP Website: http://www.coverva.org/programs_premium_assistance.cfm CHIP Phone: (855) 242-8282
KENTUCKY – Medicaid Website: chfs.ky.gov/dms/default.htm Phone: (800) 635-2570	NORTH CAROLINA – Medicaid Website: http://www.ncdhhs.gov/dma Phone: (919) 855-4100	WASHINGTON – Medicaid Website: http://www.hca.wa.gov/free-or-low-cost-health-care/program-administration/premium-payment-programw Phone: (800) 562-3022 ext. 15473
LOUISIANA – Medicaid Website: http://dhh.louisiana.gov/index.cfm/subhome/1/n/331 Phone: (888) 695-2447	NORTH DAKOTA – Medicaid Website: www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/ Phone: (844) 854-4825	WEST VIRGINIA – Medicaid Website: www.dhhr.wv.gov/bms/Medicaid%20Expansion/Pages/default.aspx Phone: (877) 598-5820, HMS Third Party Liability
MAINE – Medicaid Website: www.maine.gov/dhhs/ofi/public-assistance/index.html Phone: (800) 442-6003 TTY: Maine relay 711	OKLAHOMA – Medicaid and CHIP Website: www.insureoklahoma.org Phone: (888) 365-3742	WISCONSIN – Medicaid & CHIP Website: https://www.dhs.wisconsin.gov/publications/p1/p10095.pdf Phone: (800) 362-3002

To see if any other States have added a premium assistance program since July 31, 2016, or for more information on special enrollment rights, contact either:

U.S. Department of Labor
Employee Benefits Security Administration
www.dol.gov/ebsa
(866) 444-EBSA (3272)

OMB Control Number 1210-0137 (expires 12/31/2019)

U.S. Department of Health and Human Services
Centers for Medicare & Medicaid Services
www.cms.hhs.gov
(877) 267-2323, Menu Option 4, ext. 61565

WYOMING – Medicaid

Website: <https://wyequalitycare.acs-inc.com>
Phone: (307) 777-7531