

AVISOS DE BENEFICIOS IMPORTANTES PARA PARTICIPANTES

Los siguientes avisos se proporcionan para su información y según lo exige la ley federal. En caso de que se requieran divulgaciones adicionales después de ese momento, la divulgación adicional se le proporcionará por separado. Este resumen no aborda leyes estatales específicas, que pueden ser más extensas que las leyes federales, y por lo tanto, usted puede tener ciertos derechos adicionales bajo la ley estatal que no se abordan aquí.

Si tiene alguna pregunta sobre cualquiera de estos avisos o información, comuníquese con:

99 Cents Only Stores

Jerry Huang

Jerry.Huang@99only.com

Para obtener detalles sobre los procedimientos de revisión y adjudicación de beneficios y reclamos para cada plan, consulte la Evidencia de cobertura del plan. Si existen discrepancias entre los beneficios incluidos en este resumen y la Evidencia de cobertura o la Descripción resumida del plan / Documento del plan, prevalecerá la Evidencia de cobertura o la Descripción resumida del plan / Documento del plan

INFORMACIÓN LEGAL REFERENTE A SUS PLANES

Avisos requeridos

Ley de Derechos de la Mujer y el Cáncer de la Mujer

Women's Health and Cancer Rights Act (WHCRA), La Ley de Derechos de la Mujer y el Cáncer, exige que los planes de salud grupales pongan ciertos beneficios a disposición de los participantes que se han sometido o que van a someterse a una mastectomía. En particular, un plan debe ofrecer beneficios a los pacientes con mastectomía para:

- Todas las etapas de reconstrucción del seno en el que se realizó la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir una apariencia simétrica;
- Prótesis; y
- Tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema.

Estos beneficios se proporcionarán sujetos a los mismos deducibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos provistos bajo este plan.

Sus planes cumplen con estos requisitos.

Derechos de los recién nacidos y de las madres

Los planes de salud grupales y los emisores de seguro médico generalmente no pueden, según la ley federal, restringir los beneficios por hospitalización en relación con el parto de la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal o menos de 96 horas después de un parto vaginal. cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe que el proveedor que atiende a la madre o al recién nacido, después de consultar con la madre, dé de alta a la madre o al recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, los planes y emisores no pueden, según la ley federal, exigir que un proveedor obtenga autorización del plan o del emisor del seguro para prescribir un período de estadía no superior a 48 horas (o 96 horas).

Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros de Salud Requisitos de no discriminación

Health Insurance Portability & Accountability Act (HIPAA), La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, prohíbe que los planes de salud grupales y los emisores de seguros discriminen a las personas en cuanto a elegibilidad y continuación de elegibilidad para los beneficios y primas individuales o tasas de contribución basadas en factores de salud.

Estos factores de salud incluyen: estado de salud, condición médica (incluidas enfermedades físicas y mentales), experiencia en reclamos, recepción de atención médica, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad (incluyendo condiciones derivadas de actos de violencia doméstica y participación en actividades como motociclismo, motos de nieve, equitación de vehículos todo terreno, equitación, esquí y otras actividades similares) y discapacidad.

Derechos especiales de inscripción

Si rechaza la inscripción para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a otro seguro de salud o cobertura grupal de salud, los Derechos de inscripción especial de HIPAA requieren que su plan le permita a usted y / o sus dependientes inscribirse en los planes de su empleador (excepto dental y planes de la vista 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 la de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días (60 días si la cobertura perdida fue de Medicaid o Healthy Families) después de que finalice su otra cobertura o la de sus dependientes (o después de que el empleador deje de contribuir con la otra cobertura).

Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, es posible que pueda inscribirse usted y sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Otros cambios de mitad de año pueden ser permitidos bajo su plan (consulte la sección "Cambio de estado"). Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, comuníquese con su representante de Recursos Humanos.

"Oportunidades especiales de inscripción HIPAA" incluyen:

- Agotamiento COBRA (o continuación de cobertura estatal)
- Pérdida de otra cobertura (1)
- Adquisición de un nuevo cónyuge o dependiente a través del matrimonio (1), adopción (1), colocación para adopción (1) o nacimiento (1)
- Pérdida de la cobertura del programa estatal de seguro de salud para niños (por ejemplo, Healthy Families) (aviso de 60 días) (1)
- Empleados o dependientes se vuelven elegibles para el Programa de Subsidio de Asistencia de Prima del Estado (aviso de 60 días)

Cambio en el estado permitido Cambios en la elección de medio año

INFORMACIÓN LEGAL REFERENTE A SUS PLANES

Debido a las reglamentaciones del Servicio de Rentas Internas (IRS), para poder recibir su contribución de la prima utilizando dólares antes de impuestos, su elección debe ser irrevocable para todo el año del plan. Como resultado, su inscripción en los planes médicos, dentales y de la vista o la declinación de la cobertura cuando sea elegible por primera vez, permanecerá vigente hasta el próximo período de Inscripción abierta, a menos que tenga un "cambio de estado" aprobado según lo definido por el IRS.

Ejemplos de eventos permitidos de "cambio de estado" incluyen:

- Cambio en el estado civil legal (por ejemplo, matrimonio (2), divorcio o separación legal)
- Cambio en el número de dependientes (por ejemplo, nacimiento (2), adopción (2) o muerte)
- Cambio en la elegibilidad de un niño
- Cambio en el estado de empleo de su pareja / su cónyuge / estado registrado / no registrado / estado registrado y no registrado (por ejemplo, reducción de horas que afecta la elegibilidad o cambio en el empleo)
- Un cambio sustancial en la cobertura de los beneficios de su pareja doméstica registrada / no registrada / registrada / no registrada / registrada por el estado / su cónyuge / estado
- Una reubicación que afecta el acceso a la red
- Inscripción en el seguro estatal de intercambio
- Inscripción en la Parte A o B de Medicare
- Orden de manutención médica calificada u otro decreto judicial
- La elegibilidad de un dependiente cesa dando como resultado una pérdida de cobertura (3)
- Pérdida de otra cobertura (2)
- Cambio en el estado laboral en el que tiene una reducción en las horas a un promedio inferior a 30 horas de servicio por semana, pero continúa siendo elegible para los beneficios, y tiene la intención de inscribirse en otro plan que proporciona Cobertura Esencial Mínima que es efectiva a más tardar el primer día del segundo mes posterior a la fecha de revocación de la cobertura patrocinada por su empleador
- Se inscribe o tiene la intención de inscribirse en un Qualified Health Plan (QHP), o un Plan de Salud Calificado a través de el State Marketplace, o Seguro Estatal de Intercambio (es decir el intercambio o "Exchange") y entra en vigencia a más tardar el día inmediatamente posterior a la revocación de la cobertura patrocinada por su empleador.

Debe notificar a Recursos Humanos dentro de los 30 días posteriores al cambio de estado anterior, con la excepción de lo siguiente que requiere notificación dentro de los 60 días:

Pérdida de elegibilidad o inscripción en Medicaid o programas estatales de seguro de salud (por ejemplo el programa, Healthy Families)

Aviso de privacidad HIPAA

Aviso de prácticas de privacidad de información de salud

Este aviso describe cómo la información médica sobre usted puede ser utilizada y divulgada, y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor revísalo cuidadosamente.

Este aviso es requerido por la ley bajo la ley Health Insurance Portability & Accountability Act of 1996 (HIPAA), la Ley federal de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro. Uno de sus propósitos principales es asegurarse de que la información sobre su salud se maneje con especial respeto por su privacidad. HIPAA incluye numerosas disposiciones diseñadas para mantener la privacidad y confidencialidad de su información de salud protegida, por sus siglas en inglés, Protected Health Information (PHI). PHI es información de salud que contiene identificadores, como su nombre, dirección, número de seguro social u otra información que lo identifica.

Nuestro compromiso con respecto a la información de salud

- Entendemos que la información de salud sobre usted y su salud es personal.
- Nos comprometemos a proteger su información de salud.
- Este aviso le indicará las formas en que podemos usar y divulgar su información de salud.
- También describimos sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos con respecto al uso y divulgación de información de salud.

La ley nos exige

- Asegurarnos de que la información de salud que lo identifica se mantenga privada;
- Darle este aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud;
- Seguir los términos del aviso que están actualmente en vigencia.

El plan usará su información de salud para

Tratamiento: El plan puede usar su información de salud para ayudar a sus proveedores de atención médica (médicos, farmacias, hospitales y otros) a asistirlo en su tratamiento. Por ejemplo, el plan puede proporcionarle 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 en los registros de salud para revisar nuestra experiencia de reclamos y para tomar determinaciones con respecto a las opciones de beneficios que ofrecemos a los empleados.

Socios comerciales: hay algunos servicios brindados en nuestra organización a través de contratos con socios comerciales. Los acuerdos de socios comerciales se mantienen con las compañías de seguros y otros terceros que brindan servicios al plan. Los socios comerciales con acceso a su información deben cumplir con un contrato que exija el cumplimiento de las normas de privacidad y

seguridad de HIPAA.

Según lo exige la ley: Divulgaremos su información de salud cuando así lo exija la ley federal, estatal o local.

INFORMACIÓN LEGAL REFERENTE A SUS PLANES

Aplicación de la ley: Podemos divulgar su información de salud para propósitos de aplicación de la ley, o en respuesta a una citación válida u otra solicitud judicial o administrativa.

Salud pública: también podemos usar y divulgar su información médica para ayudar con actividades de salud pública (por ejemplo, informar a una agencia federal) o actividades de supervisión de la salud (por ejemplo, en una investigación gubernamental).

Sus derechos con respecto a su información de salud

Aunque su registro de salud es propiedad física de la entidad que lo compiló, la información le pertenece. Usted tiene derecho a:

- Solicitar una restricción sobre ciertos usos y divulgaciones de su información, cuando se trata de un servicio ya pagado;
- Obtenga una copia en papel del Aviso de prácticas de información médica solicitándolo al oficial de privacidad del plan;
- Inspeccionar y obtener una copia de su información de salud;
- Solicitar una enmienda a su información de salud;
- Obtener un informe de las divulgaciones de su información de salud;
- Solicite que las comunicaciones de su información médica se envíen de una manera diferente o a un lugar diferente de lo habitual (por ejemplo, puede solicitar que el sobre sea marcado como "Confidencial" o que lo enviemos a su domicilio laboral en lugar de a su domicilio) ;
- Revocar al escribir su autorización para usar o divulgar información de salud, excepto en la medida en que ya se haya tomado alguna medida, dependiendo de esa autorización.

Las responsabilidades del plan

El plan es requerido para:

- Mantener la privacidad de su información de salud;
- Proporcionarle un aviso sobre nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información que recopilamos y mantenemos sobre usted;
- Cumplir con los términos de este aviso;
- Notificarle si no podemos aceptar una restricción, enmienda u otra solicitud solicitada;
- Notificarle sobre cualquier violación de su información personal de salud dentro de los 60 días o 5 días si realiza negocios.
- Acomode cualquier solicitud razonable que pueda tener para comunicar información de salud por medios alternativos o en ubicaciones alternativas.

El plan no usará ni divulgará su información de salud sin su consentimiento o autorización, salvo lo dispuesto por la ley o descrito en este aviso.

El plan se reserva el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad de salud. En caso de que cambiemos nuestras prácticas de privacidad de manera significativa, pondremos a su disposición una nueva versión de nuestro aviso.

Para obtener más información o para informar un problema

- Si tiene preguntas o desea obtener información adicional, o si desea hacer una solicitud para inspeccionar, copiar o enmendar información médica, o para un informe de divulgaciones, comuníquese con el funcionario de privacidad del plan. Todas las solicitudes deben enviarse por escrito.
- Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja formal ante el funcionario de privacidad del plan; o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Usted no será penalizado por presentar una queja.

Otros usos de la información de salud

Otros usos y divulgaciones de información de salud no cubiertos por este aviso o las leyes que se aplican a nosotros se realizarán solo con su autorización por escrito. Si nos autoriza a usar o divulgar su información de salud, puede revocar dicha autorización, por escrito, en cualquier momento. Si revoca su autorización, ya no usaremos ni divulgaremos su información de salud por los motivos cubiertos por su autorización escrita. Usted comprende que no podemos retractar ninguna divulgación que ya hayamos hecho con su autorización, y que estamos obligados a conservar nuestros registros de las actividades de pago que le proporcionamos.

Información importante sobre cómo la reforma de salud afecta su plan

Designaciones de proveedores de atención primaria

Para los planes y emisores que requieren 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 aceptarlo a usted o a los miembros de su familia. Para obtener información sobre cómo seleccionar un proveedor de atención primaria y una lista de proveedores de atención primaria participantes, comuníquese con su oficina de Recursos Humanos.

Para planes y emisores que requieren o permiten la designación de un proveedor de atención primaria para un niño:

- Para los niños, puede designar a un pediatra como proveedor de atención primaria

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

- No necesita autorización previa de su proveedor de seguros ni de ninguna otra persona (incluido un proveedor de atención primaria) para obtener acceso a atención obstétrica o ginecológica de un profesional de la salud de nuestra red especializado en obstetricia o

INFORMACIÓN LEGAL REFERENTE A SUS PLANES

ginecología. Sin embargo, es posible que se le exija al profesional de la salud que cumpla con ciertos procedimientos, incluida la obtención de la autorización previa para ciertos servicios, el cumplimiento de un plan de tratamiento aprobado previamente o los procedimientos para hacer derivaciones. Para obtener una lista de profesionales de atención médica participantes que se especializan en obstetricia o ginecología, comuníquese con su oficina de Recursos Humanos.

Planes de derechos adquiridos

Si su plan de salud grupal está protegido, se aplicará lo siguiente. Según lo permitido por el Affordable Care Act (ACA), la Ley de Cuidado de Salud Asequible, un plan de salud protegido puede preservar cierta cobertura básica de salud que ya estaba en vigencia cuando se promulgó dicha ley. Ser un plan de salud protegido significa que su plan puede no incluir ciertas protecciones al consumidor de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) que se aplican a otros planes, por ejemplo, el requisito de la provisión de servicios de salud preventivos sin ningún costo compartido. Sin embargo, los planes de salud protegidos deben cumplir con ciertas otras protecciones del consumidor en la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA), por ejemplo, la eliminación de los límites de por vida de los beneficios.

Las preguntas con respecto a qué protecciones se aplican y qué protecciones no se aplican a un plan de salud protegido y qué podría causar que un plan cambie desde el estado del plan de salud protegido puede dirigirse al administrador del plan. También puede comunicarse con el Employee Benefits Security Administration, U.S. Department of Labor, la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados, Departamento de Trabajo de los E.U. 1-866-444-3272 o www.dol.gov/ebsa/healthreform. Este sitio web tiene una tabla que resume qué protecciones se aplican y cuáles no a los planes de salud protegidos.

Prohibición de Períodos de espera en exceso

Los planes de salud grupales no pueden aplicar un período de espera que exceda los 90 días. Un período de espera se define como el período que debe pasar antes de que la cobertura para un empleado elegible o su dependiente entre en vigencia bajo el Plan. La ley estatal puede requerir períodos de espera más cortos para los planes de salud grupales asegurados. La ley de California exige que los planes totalmente asegurados cumplan con la limitación del período de espera más restrictiva de no más de 60 días.

Información importante sobre la cobertura de continuación de COBRA y otras alternativas de cobertura de salud

Nota: Para uso de planes de salud grupales de un solo empleador.

Este aviso contiene información importante sobre su derecho a continuar su cobertura de atención médica en el plan de su compañía, así como otras opciones de cobertura de salud que pueden estar disponibles para usted, incluida la cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos en www.healthcare.gov o llame al 800.318. 2596. Es posible que pueda obtener cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos que cuesta menos que la continuación de la cobertura de COBRA. Lea la información en este aviso con mucho cuidado antes de tomar su decisión.

¿Por qué recibo este aviso?

Recibirá este aviso porque su cobertura según el plan finalizará el último día del mes en que se produzcan los siguientes "eventos calificadores":

- Terminación del empleo (18 meses de COBRA)
- Reducción en horas de empleo (18 meses de COBRA)
- Muerte del empleado (36 meses de COBRA para el cónyuge y dependientes)
- Divorcio o separación legal (36 meses de COBRA para su cónyuge)
- Derecho a Medicare (36 meses de COBRA para el cónyuge y dependientes)
- Pérdida del estado de hijo dependiente (36 meses de COBRA para el dependiente)

La ley federal exige que la mayoría de los planes de salud grupales brinden a los empleados y sus familias la oportunidad de continuar su cobertura de atención médica a través de la continuación de la cobertura de COBRA cuando existe un "evento calificado" que daría lugar a una pérdida de cobertura según el plan del empleador.

¿Cuál es la continuación de la cobertura de COBRA?

La continuación de la cobertura de COBRA es la misma cobertura que el plan brinda a otros participantes o beneficiarios que no reciben continuación de la cobertura. Cada "beneficiario calificado" (descrito a continuación) que elige la continuación de la cobertura de COBRA tendrá los mismos derechos bajo el plan que otros participantes o beneficiarios cubiertos por el plan.

¿Quiénes son los beneficiarios calificados?

Cada persona ("beneficiario calificado") de la lista a continuación puede calificar para elegir la continuación de la cobertura de COBRA:

- Empleado o ex empleado
- Cónyuge o ex cónyuge
- Hijo (s) dependiente (s) cubiertos bajo el plan el día antes del evento que causó la pérdida de cobertura
- Niño que está perdiendo cobertura bajo el plan porque ya no es dependiente según el plan

Contacte a su Representante de Recursos Humanos para determinar la elegibilidad para cónyuge y dependientes.

INFORMACIÓN LEGAL REFERENTE A SUS PLANES

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

Sí. En lugar de inscribirse en la continuación de cobertura de COBRA, puede haber otras opciones de cobertura más asequibles para usted y su familia a través de Health Insurance Marketplace, Medicaid u otras opciones de cobertura de planes de salud grupales (como el plan del cónyuge) a través de lo que se denomina período de inscripción. "Algunas de estas opciones pueden costar menos que la continuación de la cobertura de COBRA.

Debe comparar sus otras opciones de cobertura con la continuación de la cobertura de COBRA y elegir la cobertura que sea mejor para usted. Por ejemplo, si pasa a otra cobertura, es posible que pague más de su bolsillo de lo que pagaría con COBRA porque la nueva cobertura puede imponer un nuevo deducible.

Cuando pierde la cobertura de salud basada en el trabajo, es importante que elija cuidadosamente entre la continuación de la cobertura de COBRA y otras opciones de cobertura, porque una vez que haya elegido, puede ser difícil o imposible cambiar a otra opción de cobertura.

Si elijo la continuación de la cobertura de COBRA, ¿cuándo comenzará mi cobertura y por cuánto tiempo durará la cobertura?

En el caso de una pérdida de cobertura debido al final del empleo o la reducción en las horas de empleo, la cobertura generalmente puede continuar hasta un total de 18 meses. En el caso de pérdidas de cobertura debido a la muerte, divorcio o separación legal de un empleado, el empleado tiene derecho a beneficios de Medicare o un hijo dependiente que deja de ser dependiente según los términos del plan, la cobertura puede continuar hasta un total de 36 meses. Cuando el evento calificado es el final del empleo o la reducción de las horas de empleo del empleado, y el empleado tiene derecho a los beneficios de Medicare menos de 18 meses antes del evento calificador, la continuación de la cobertura de COBRA para beneficiarios calificados distintos del empleado dura hasta 36 meses después la fecha de elegibilidad de Medicare. Este aviso muestra el período máximo de continuación de cobertura disponible para los beneficiarios calificados. Póngase en contacto con su Representante de Recursos Humanos para conocer las fechas de inicio y finalización específicas de la cobertura de COBRA.

La continuación de la cobertura puede finalizar antes de la fecha señalada anteriormente en ciertas circunstancias, como la falta de pago de las primas, el fraude, o la persona queda cubierta por otro plan de salud grupal.

¿Puedo extender la duración de la continuación de la cobertura de COBRA?

Si elige la continuación de la cobertura, es posible que pueda extender la duración de la continuación de la cobertura si un beneficiario calificado está inhabilitado o si ocurre un segundo evento calificado. Debe notificar a Recursos Humanos sobre una discapacidad o un segundo evento calificado dentro de un cierto período de tiempo para extender el período de continuación de la cobertura. Si no proporciona una notificación de una discapacidad o un segundo evento calificado dentro del período de tiempo requerido, esto afectará su derecho a extender el período de continuación de la cobertura.

Para obtener más información sobre cómo extender la duración de la continuación de la cobertura de COBRA, visite <http://www.dol.gov/ebsa/publications/cobraemployee.html>.

¿Cuánto cuesta la continuación de la cobertura de COBRA?

Generalmente, se puede requerir que cada beneficiario calificado pague el costo total de la continuación de la cobertura. El monto que un beneficiario calificado deba pagar no puede superar el 102 por ciento (o, en el caso de una extensión de continuación de cobertura debido a una discapacidad, 150 por ciento) del costo del plan de salud grupal (incluidas las contribuciones del empleador y del empleado) para la cobertura de un participante o beneficiario del plan situado en una situación similar que no recibe la continuación de la cobertura. El pago requerido para cada período de cobertura de continuación para cada opción se describe en este aviso.

Otras opciones de cobertura pueden costar menos. Si opta por elegir la continuación de la cobertura, se le proporcionará información adicional sobre el pago una vez que el plan haya recibido su elección. Puede encontrar información importante sobre cómo pagar su prima al final de este aviso.

Es posible que pueda obtener cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos que cuesta menos que la continuación de la cobertura de COBRA. Puede obtener más información sobre el Mercado de Seguros Médicos a continuación.

¿Qué es el (Health Insurance Marketplace) Mercado de Seguros de Salud?

El Mercado de Seguros Médicos ofrece "compras integrales" para encontrar y comparar las opciones de seguros de salud privados. En Marketplace, podría ser elegible para un nuevo tipo de crédito fiscal que reduzca sus primas mensuales y las reducciones de costos compartidos (montos que reducen sus costos de desembolso para deducibles, coseguros y copagos) de inmediato, y usted puede ver cuáles serán sus primas, deducibles y costos de su propio bolsillo antes de tomar la decisión de inscribirse. A través del Mercado también aprenderá si reúne los requisitos para la cobertura gratuita o de bajo costo de Medicaid o Children's Health Insurance Program (CHIP), el Programa de seguro médico para niños. Puede acceder al Mercado de su estado en www.healthcare.gov.

La cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos puede costar menos que la continuación de la cobertura de COBRA. El hecho de que se le ofrezca la continuación de la cobertura de COBRA no limitará su elegibilidad para la cobertura o un crédito fiscal a través del Mercado.

¿Cuándo puedo inscribirme en la cobertura del Mercado?

INFORMACIÓN LEGAL REFERENTE A SUS PLANES

Siempre tiene 60 días desde el momento en que pierde su cobertura basada en el trabajo para inscribirse en el Mercado. Eso es porque perder su cobertura de salud basada en el trabajo es un evento de "inscripción especial". Después de los 60 días, su período de inscripción especial finalizará y es posible que no pueda inscribirse, por lo que debe tomar medidas de inmediato. Además, durante lo que se denomina un período de "inscripción abierta", cualquier persona puede inscribirse en la cobertura del Mercado.

Para obtener más información sobre cómo inscribirse en el Mercado, como cuándo será el próximo período de Inscripción Abierta y lo que necesita saber sobre los eventos calificados y los períodos de inscripción especial, visite www.healthcare.gov.

Si me inscribo en la continuación de la cobertura de COBRA, ¿puedo cambiar a la cobertura en Mercado de Seguros de Salud? ¿Qué ocurre si elijo la cobertura de Mercado y quiero volver a la cobertura de continuación de COBRA?

Si se inscribe en la continuación de la cobertura de COBRA, puede cambiarse a un plan del Mercado durante un período de inscripción abierta en el Mercado. También puede enviarle la continuación de la cobertura de COBRA y cambiarse a un plan de Marketplace si tiene otro evento calificador, como matrimonio o nacimiento de un niño, a través de algo llamado "período de inscripción especial". Pero tenga cuidado: si cancela su cobertura de continuación de COBRA temprano sin otro evento calificador, tendrá que esperar para inscribirse en la cobertura del Mercado hasta el próximo período de inscripción abierta, y podría terminar sin cobertura de salud en el intermedio.

Una vez que haya agotado su continuación de la cobertura de COBRA y la cobertura expire, será elegible para inscribirse en la cobertura del Mercado a través de un período de inscripción especial, incluso si la inscripción abierta del Mercado ha finalizado.

Si se inscribe en la cobertura de Marketplace en lugar de la continuación de la cobertura de COBRA, no puede cambiar a la continuación de la cobertura de COBRA bajo ninguna circunstancia.

¿Puedo inscribirme en otro plan de salud grupal?

Puede ser elegible para inscribirse en la cobertura de otro plan de salud grupal (como el plan del cónyuge), si solicita la inscripción dentro de los 30 días posteriores a la pérdida de la cobertura.

Si usted o su dependiente opta por elegir la continuación de la cobertura de COBRA en lugar de inscribirse en otro plan de salud grupal para el cual es elegible, tendrá otra oportunidad de inscribirse en el otro plan de salud grupal dentro de los 30 días de perder su cobertura de continuación de COBRA.

¿Qué factores debería considerar al elegir opciones de cobertura?

Al considerar sus opciones de cobertura de salud, es posible que desee considerar:

Primas: su plan anterior puede cobrar hasta el 102% de las primas totales del plan por la cobertura COBRA. Otras opciones, como la cobertura del plan de un cónyuge o del Mercado, pueden ser menos costosas.

Redes de proveedores: si actualmente recibe atención o tratamiento por una afección, un cambio en su cobertura de salud puede afectar su acceso a un proveedor de atención médica en particular. Es posible que desee comprobar si sus proveedores actuales de atención médica participan en una red al considerar opciones de cobertura de salud.

Formularios de medicamentos: si actualmente está tomando medicamentos, un cambio en su cobertura de salud puede afectar los costos de los medicamentos y, en algunos casos, es posible que su medicamento no esté cubierto por otro plan. Es posible que desee comprobar si sus medicamentos actuales figuran en los formularios de medicamentos para otra cobertura de salud.

Pagos por indemnización: si perdió su trabajo y recibió un paquete de indemnización de su empleador anterior, es posible que su empleador anterior haya ofrecido pagar algunos o todos sus pagos COBRA por un período de tiempo. En este escenario, puede comunicarse con el Departamento Laboral al número 1-866-444-3272 para analizar sus opciones.

Áreas de servicio: algunos planes limitan sus beneficios al servicio específico o áreas de cobertura, por lo que si se muda a otra área del país, es posible que no pueda usar sus beneficios. Es posible que desee ver si su plan tiene un área de servicio o cobertura, o otras limitaciones similares.

Otros costos compartidos: además de la prima o las contribuciones para la cobertura de salud, es probable que pague copagos, deducibles, coseguros u otras cantidades a medida que usa sus beneficios. Es posible que desee verificar cuáles son los requisitos de costo compartido para otras opciones de cobertura de salud. Por ejemplo, una opción puede tener primas mensuales mucho más bajas, pero un deducible mucho más alto y copagos más altos.

Para más información

Este aviso no describe completamente la continuación de cobertura u otros derechos bajo el plan. Puede encontrar más información sobre la continuación de la cobertura y sus derechos en virtud del plan en la descripción resumida de su plan o del Administrador del Plan.

Si tiene preguntas sobre la información en este aviso, o sus derechos a la cobertura, o si desea una copia de su Summary Plan Description, Descripción Resumida del Plan, comuníquese con su representante de Recursos Humanos.

Para obtener más información sobre sus derechos bajo la ley Employee Retirement Income Security Act (ERISA), la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación para Empleados, incluyendo COBRA, la ley Patient Protection and Affordable Care Act, ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible y otras leyes que afectan los planes de salud grupales, visite el sitio web U.S. Department of Labor's employee Benefits Security Administration (EBSA), Administración de Beneficios del Departamento de Labor de E.U. en www.dol.gov/ebsa o llame a su número gratuito al 1-866-444-3272. Para obtener más información sobre las opciones de seguro de salud disponibles a través del Mercado de Seguros Médicos, y para localizar y brindar asistencia en su área, para que pueda hablar con usted sobre las diferentes opciones, visite www.healthcare.gov.

INFORMACIÓN LEGAL REFERENTE A SUS PLANES

Mantenga su plan informado de los cambios de dirección

Para protegerlo a usted y los derechos de su familia, mantenga informado al Administrador del Plan sobre cualquier cambio en su dirección y la dirección de los miembros de la familia. También debe conservar una copia de los avisos que le envió al Administrador del Plan.

Información importante sobre el pago

Primer pago por la continuación de la cobertura. Debe realizar su primer pago para la continuación de la cobertura a más tardar 45 días después de la fecha de su elección (esta es la fecha en que el Aviso de Elección tiene sello postal). Si no realiza su primer pago completo a más tardar 45 días después de la fecha de su elección, perderá todos los derechos de continuación de cobertura bajo el plan. Usted es responsable de asegurarse de que el importe de su primer pago sea correcto. Puede comunicarse con Recursos Humanos para confirmar el monto correcto de su primer pago.

Pagos periódicos por la continuación de la cobertura. Después de realizar su primer pago para la continuación de la cobertura, deberá realizar pagos periódicos para cada período de cobertura siguiente. El monto adeudado por cada período de cobertura para cada beneficiario calificado se puede obtener contactando a Recursos Humanos. Los pagos periódicos se pueden hacer mensualmente. Según el plan, cada uno de estos pagos periódicos para la continuación de la cobertura vence en una fecha específica para ese período de cobertura. Si realiza un pago periódico en o antes del primer día del período de cobertura al que se aplica, su cobertura bajo el plan continuará durante ese período de cobertura sin interrupción. El plan no enviará avisos periódicos de pagos vencidos durante estos períodos de cobertura.

Períodos de gracia para pagos periódicos. Aunque los pagos periódicos vencen en fechas específicas (comuníquese con Recursos Humanos para obtener esta información), se le otorgará un período de gracia de 30 días después del primer día del período de cobertura para realizar cada pago periódico. Obtendrá una continuación de cobertura para cada período de cobertura, siempre que el pago para ese período de cobertura se realice antes de que finalice el período de gracia.

Si paga un pago periódico más tarde que el primer día del período de cobertura al que se aplica, pero antes del final del período de gracia para el período de cobertura, su cobertura se suspenderá el primer día del período de cobertura y luego retroactivamente reinstalado (que se remonta al primer día del período de cobertura) cuando se recibe el pago periódico. Esto significa que cualquier reclamo que presente para obtener beneficios mientras se suspende su cobertura puede denegarse y puede ser necesario volver a presentarlo una vez que se restablezca su cobertura.

Si no realiza un pago periódico antes del final del período de gracia para ese período de cobertura, perderá todos los derechos a la continuación de la cobertura bajo el plan.

Póngase en contacto con el administrador de su plan para obtener información sobre dónde debe enviar su primer pago y todos los pagos periódicos para la continuación de la cobertura.

Derechos separados de USERRA para el servicio militar: los derechos de continuación de la cobertura de atención médica de COBRA mencionados anteriormente son independientes de los derechos de continuación de la cobertura de atención médica de USERRA para el servicio militar calificado.

Si deja su empleo para ingresar al servicio militar, debe comunicarse con Recursos Humanos para determinar si también tiene los derechos de continuación de la cobertura de atención médica de USERRA.

Derechos y responsabilidades de los empleados bajo la ley Family Medical Leave Act, la ley de Licencia Médica Familiar

Derecho básico de licencia

La ley Family Medical Leave Act (FMLA), la ley de Licencia Médica Familiar, requiere que los empleadores cubiertos brinden hasta 12 semanas de licencia no remunerada y protegida por el trabajo a los empleados elegibles por las siguientes razones:

- Por incapacidad debido a embarazo, cuidado médico prenatal o parto;
- Cuidar al hijo del empleado después del nacimiento, o la colocación para adopción o cuidado de crianza;
- Para cuidar al cónyuge, hijo o hija, hijo o padre del empleado, que tiene una condición de salud grave; o
- Para una condición de salud grave que hace que el empleado no pueda realizar el trabajo del empleado.

Derechos de Licencia de Familia Militar

Los empleados elegibles cuyo cónyuge, hijo, hija o padre están en servicio activo cubierto o llaman al estado de servicio activo cubierto pueden usar su derecho a vacaciones de 12 semanas para abordar ciertas exigencias calificativas. Las exigencias que califican pueden incluir asistir a ciertos eventos militares, organizar el cuidado de niños alternativos, abordar ciertos arreglos financieros y legales, asistir a ciertas sesiones de asesoramiento y asistir a sesiones informativas de reintegración posteriores al despliegue.

FMLA también incluye un permiso de ausencia especial que permite a los empleados elegibles tomar hasta 26 semanas de licencia para cuidar a un miembro del servicio cubierto durante un solo período de 12 meses. Un miembro del servicio cubierto es:

(1) un miembro actual de las Fuerzas Armadas, incluido un miembro de la Guardia Nacional o de las Reservas, que está recibiendo tratamiento médico, recuperación o terapia, está de otra manera en estado ambulatorio, o está de otra manera en la lista de retirados por discapacidad temporal, por una lesión o enfermedad; o (2) un veterano que fue dado de alta o liberado bajo condiciones que no sean deshonorosas en ningún momento durante el período de cinco años anterior a la primera fecha en que el empleado elegible toma el permiso FMLA para cuidar al veterano cubierto, y que está recibiendo tratamiento médico, recuperación o terapia para una lesión o enfermedad grave. (4)

INFORMACIÓN LEGAL REFERENTE A SUS PLANES

Beneficios y Protecciones

Durante el permiso FMLA, el empleador debe mantener la cobertura de salud del empleado bajo cualquier "plan de salud grupal" en los mismos términos que si el empleado hubiera continuado trabajando. A su regreso de la ausencia de FMLA, la mayoría de los empleados deben ser restaurados a sus puestos originales o equivalentes con un salario equivalente, beneficios y otros términos de empleo.

Si toma un permiso de licencia que califica como un permiso familiar o médico según la ley Family Medical Leave Act of 1993 (una "licencia de FMLA", según la ley de Licencia Familiar y Médica de 1993, la cobertura para usted y los miembros de su familia continúa mientras continúe pagando su parte del costo de cobertura durante la licencia FMLA. Si una parte de su licencia es un permiso pagado, el costo de la cobertura continuará descontándose de su pago antes de impuestos. Si una parte de su licencia no se paga (no recibe el pago del empleador pero puede recibir beneficios por discapacidad de la compañía de seguros), recibirá una carta que detalla la parte de su ausencia sin pagar y cómo presentar el pago de la cobertura del seguro. Estos pagos se deben realizar después de impuestos, ya que no tendrá ningún pago por el cual se puedan deducir los pagos. Para obtener información adicional sobre los permisos de FMLA, comuníquese con su empleador.

El uso de la licencia FMLA no puede resultar en la pérdida de ningún beneficio de empleo acumulado antes del comienzo de la licencia de un empleado.

Ley de los Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados de 1994 (Uniformed Services Employment and Reemployment Rights Act of 1994)

Si toma un permiso de ausencia que califica como un permiso según la ley Uniformed Services Employment and Reemployment Rights Act of 1994 (USERRA), la ley de Derechos de Empleo y Reempleo de Servicios Uniformados de 1994, también conocida como "Licencia Militar", tiene derecho a continuar con la cobertura durante un máximo de 24 meses, a medida que le da aviso anticipado al empleador (con ciertas excepciones) de la ausencia. Si la duración total de la licencia es de 31 días o menos, no se le exigirá que pague más de la porción que pagó antes de la licencia. Si su licencia continúa más allá de los 31 días, debe pagar su parte de la prima, la parte del empleador de la prima y una tarifa administrativa del 2% para conservar la cobertura. Si toma un permiso militar, pero su cobertura bajo el Plan finaliza, por ejemplo, porque no elige la cobertura extendida, se le tratará como si no hubiera tomado una licencia militar al volver a contratar al determinar si una exclusión o espera período se aplica a su reincorporación al Plan.

En circunstancias en las que también se apliquen los derechos de cobertura de continuación de COBRA (consulte la sección "Cobertura de continuación de COBRA"), una elección para continuar la cobertura durante una licencia militar será una elección para tomar COBRA, y las dos se ejecutarán al mismo tiempo.

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 últimos 12 meses (5) y si al menos 50 empleados son empleados del empleador dentro de las 75 millas.

Definición de Condición de Salud Grave

Una condición de salud grave es una enfermedad, lesión, impedimento o condición física o mental que involucra pasar la noche en un centro de atención médica o continuar el tratamiento por parte de un proveedor de atención médica por una afección que impide que el empleado realice las funciones de el trabajo del empleado, o impide que el miembro calificado de la familia participe en la escuela u otras actividades diarias.

Sujeto a ciertas condiciones, el requisito de tratamiento continuo puede cumplirse por un período 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 por embarazo o incapacidad debido a una condición crónica. Otras condiciones pueden cumplir con la definición de tratamiento continuo.

Uso de licencia

Un empleado no necesita usar este derecho de licencia en un bloque. La licencia se puede tomar de manera intermitente o en un horario de ausencia reducida cuando sea médicamente necesario. Los empleados deben hacer esfuerzos razonables para programar el permiso para el tratamiento médico planificado a fin de no interrumpir indebidamente las operaciones del empleador. La licencia debido a las exigencias de calificación también se puede tomar de forma intermitente.

Sustitución de Licencia pagada por licencia sin sueldo

Los empleados pueden elegir o los empleadores pueden requerir el uso de vacaciones pagadas acumuladas mientras toman el permiso FMLA. Con el fin de utilizar el permiso con goce de sueldo para el permiso FMLA, los empleados deben cumplir con las políticas normales de licencia pagada del empleador.

Responsabilidades del empleado

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

Los empleados deben proporcionar suficiente información para que el empleador determine si la licencia puede calificar para la protección de FMLA y el tiempo y la duración previstos de la licencia. La información suficiente puede incluir que el empleado no puede realizar las funciones del trabajo; el miembro de la familia no puede realizar actividades diarias, la necesidad de hospitalización o tratamiento continuo por parte de un proveedor de atención médica; o circunstancias que respaldan la necesidad de licencia familiar militar. Los empleados también deben informar al empleador si el permiso solicitado es por una razón por la cual FMLA se tomó o certificado

INFORMACIÓN LEGAL REFERENTE A SUS PLANES

previamente. Los empleados también pueden estar obligados a proporcionar una certificación y recertificación periódica que respalde la necesidad de licencia.

Responsabilidades del empleador

Los empleadores cubiertos deben informar a los empleados que solicitan permiso si son elegibles bajo FMLA. Si lo son, el aviso debe especificar cualquier información adicional requerida, así como los derechos y responsabilidades de los empleados. Si no son elegibles, el empleador debe proporcionar una razón para la inelegibilidad.

Los empleadores cubiertos deben informar a los empleados si la licencia se designará como FMLA protegida y la cantidad de licencia contabilizada en contra de la licencia del empleado. Si el empleador determina que la ausencia no está protegida por FMLA, el empleador debe notificar al empleado.

Actos ilegales por parte de los empleadores

FMLA hace ilegal que cualquier empleador:

- Interferir, restringir o negar el ejercicio de cualquier derecho provisto bajo FMLA;
- Descargue o discrimine a cualquier persona por oponerse a cualquier práctica declarada ilegal por FMLA o por participación en cualquier procedimiento bajo o relacionado con FMLA.

Aplicación

Un empleado puede presentar una queja ante el Departamento de Labor de los E.U. O puede presentar una demanda privada contra un empleador.

FMLA no afecta ninguna ley federal o estatal que prohíba la discriminación o reemplaza cualquier ley estatal o local o acuerdo de negociación colectiva que proporcione mayores derechos de licencia familiar o médica.

La sección 109 de FMLA (29 U.S.C. § 2619) requiere que los empleadores cubiertos por FMLA publiquen el texto de este aviso. Regulaciones 29 C.F.R. § 825.300 (a) puede requerir divulgaciones adicionales.

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

Ley de los Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados de 1994 (Uniformed Services Employment and Reemployment Rights Act of 1994), Aviso de Derecho a Continuación de la Cobertura bajo USERRA

Derecho a continuar la cobertura

En virtud de la Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de Servicios Uniformados de 1994, Uniformed Services Employment and Reemployment Rights Act of 1994 (USERRA), usted (el empleado) tiene derecho a continuar la cobertura que usted (y sus dependientes cubiertos, si corresponde) tenía bajo el Plan médico de la Compañía si se cumplen las siguientes condiciones

- Usted está ausente del trabajo debido a un servicio en los servicios uniformados (definido 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) le avisó a su empleador con anticipación de su ausencia del trabajo (usted está exento de cumplir con esta condición si el cumplimiento está excluido por necesidad militar o es imposible o irrazonable según las circunstancias).

Cómo continuar 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).

¿Qué sucede si no elige continuar con la cobertura?

Si no envía un Formulario de Elección completado a tiempo, como se indica o no realiza un pago de la prima dentro del tiempo requerido, perderá sus derechos de continuación bajo el Plan, a menos que el cumplimiento de estos requisitos sea excluido por necesidad militar o sea imposible o irracional bajo las circunstancias.

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

Prima para continuar su cobertura

La prima que debe pagar para continuar su cobertura depende de su período de servicio en los servicios uniformados. Póngase en contacto con Recursos Humanos para más detalles.

Duración del tiempo en que se puede continuar la cobertura

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. Sin embargo, la cobertura terminará automáticamente antes si se produce uno de los siguientes eventos:

- Una prima no se paga en su totalidad dentro del tiempo requerido;
- Usted no puede regresar al trabajo o solicitar el reempleo dentro del tiempo requerido por USERRA (ver abajo) luego de completar su servicio en los servicios uniformados; o
- Usted pierde sus derechos bajo USERRA como resultado de una descarga deshonrosa u otra conducta especificada en USERRA.

INFORMACIÓN LEGAL REFERENTE A SUS PLANES

No le avisaremos con anticipación cuando termine su continuación de cobertura.

Informes para Trabajar / Solicitar el Reempleo

Su derecho a continuar la cobertura bajo USERRA finalizará si no notifica a Recursos Humanos su intención de regresar al trabajo dentro del plazo requerido por USERRA luego de completar su servicio en los servicios uniformados al presentarse en el trabajo (si su servicio uniformado fue por menos de 31 días) o solicitar el reempleo (si su servicio uniformado fue por más de 30 días). El tiempo para regresar al trabajo depende del período de servicio uniformado, de la siguiente manera:

Periodo de servicio uniformado	Requisito de informar al trabajo
Menos de 31 días	El comienzo del primer período de trabajo programado regularmente el día siguiente a la finalización de su servicio, después de permitir un viaje seguro a casa y un período de descanso de ocho horas, o si eso es irrazonable o imposible sin culpa propia, entonces tan pronto como es posible
31-180 días	Presente una solicitud de reempleo dentro de los 14 días posteriores a la finalización de su servicio o, si eso no es razonable o imposible sin que sea culpa suya, tan pronto como sea posible.
181 días o más	Presentar una solicitud de reempleo dentro de los 90 días posteriores a la finalización de su servicio
Cualquier período si a los efectos de un examen de aptitud para realizar un servicio uniformado	Informe al comienzo del primer período de trabajo programado regularmente el día siguiente a la finalización de su servicio, después de permitir un viaje seguro a casa y un período de descanso de ocho horas, o si eso es irrazonable o imposible sin culpa propia, ya que pronto como sea posible
Cualquier período si estuvo hospitalizado o convaleciente de una lesión o enfermedad incurrida o agravada como resultado de su servicio	Informe o presente una solicitud de reempleo como se indica más arriba (dependiendo del período de duración del servicio), excepto que los períodos de tiempo comienzan cuando se ha recuperado de sus lesiones o enfermedad en lugar de al completar su servicio. El período máximo de recuperación está limitado a dos años desde la finalización del servicio, pero puede extenderse si circunstancias fuera de su control hacen que sea imposible o irrazonable que se presente al trabajo dentro de los períodos de tiempo anteriores.

Definiciones

Para que usted tenga derecho a una cobertura continua bajo USERRA, su ausencia del trabajo debe ser debido a "servicio en los servicios uniformados".

- "Servicios uniformados" significa las Fuerzas Armadas, la Guardia Nacional del Ejército y la Guardia Nacional Aérea cuando una persona se encuentra en servicio activo para entrenamiento, entrenamiento de servicio inactivo o servicio de Guardia Nacional a tiempo completo (es decir, conforme a órdenes emitidas bajo ley), el cuerpo encargado del Servicio de Salud Pública y cualquier otra categoría de personas designadas por el Presidente en tiempo de guerra o emergencia nacional
- "Servicio en los servicios uniformados" o "servicio" significa el cumplimiento de un deber de manera voluntaria o involuntaria en los servicios uniformados bajo la autoridad competente, incluyendo servicio activo, servicio activo e inactivo para entrenamiento, deber de la Guardia Nacional bajo el estatuto federal, un período por el cual una persona está ausente de un empleo para un examen para determinar su aptitud para realizar cualquiera de estos deberes, y un período por el cual una persona está ausente del empleo para realizar ciertos deberes de honores funerarios. También incluye cierto servicio de personas designadas para la respuesta intermitente a desastres del Sistema Nacional de Desastres Médicos (NDMS)

Notas al pie:

¹ Indica que este evento también es un "Cambio de estado" calificado

² Indica que este evento también es un Derecho de Inscripción Especial HIPAA

³ Indica que este evento también es un evento que califica COBRA

⁴ Las definiciones FMLA de "lesión o enfermedad grave" para los miembros del servicio actual y los veteranos son distintas de la definición FMLA de "condición de salud grave"

⁵ Los requisitos especiales de elegibilidad para horas de servicio se aplican a los empleados de la tripulación de avión/línea aérea.

INFORMACIÓN LEGAL REFERENTE A SUS PLANES

Asistencia con las primas bajo Medicaid y el Programa de Seguro de Salud para Menores (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para cobertura médica de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia con las primas que puede ayudar a pagar por la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, usted no será elegible para estos programas de asistencia con las primas, pero es probable que pueda comprar cobertura de seguro individual a través del mercado de seguros médicos. Para obtener más información, visite www.cuidadodesalud.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y usted vive en uno de los estados enumerados a continuación, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para saber si hay asistencia con primas disponible.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y usted cree que usted o cualquiera de sus dependientes puede ser elegible para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado, llame al **1-877-KIDS NOW** o visite espanol.insurekidsnow.gov para información sobre cómo presentar su solicitud. Si usted es elegible, pregunte a su estado si tiene un programa que pueda ayudarlo a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para asistencia con primas bajo Medicaid o CHIP, y también son elegibles bajo el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan de su empleador, si usted aún no está inscrito. Esto se llama oportunidad de "inscripción especial", y **usted debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días de haberse determinado que usted es elegible para la asistencia con las primas**. Si tiene preguntas sobre la inscripción en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento del Trabajo electrónicamente a través de www.askebsa.dol.gov o llame al servicio telefónico gratuito **1-866-444-EBSA (3272)**.

Si usted vive en uno de los siguientes estados, tal vez sea elegible para asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente es una lista de estados actualizada al 31 de enero de 2020. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad -

ALABAMA – Medicaid	CALIFORNIA – Medicaid
Sitio web: http://myalhipp.com Teléfono: 1-855-692-5447	Sitio web: https://www.dhcs.ca.gov/services/Pages/TPLRD_CAU_cont.aspx Teléfono: 1-800-541-5555
ALASKA – Medicaid	COLORADO – Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)
El Programa de Pago de Alaska primas del seguro médico Sitio web: http://myakhipp.com Teléfono 1-866-251-4861 Por correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad de Medicaid: http://dhss.alaska.gov/dpa/Pages/medicaid/default.aspx	Sitio web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/es Centro de atención al cliente de Health First Colorado: 1-800-221-3943/ retransmisor del estado: 711 CHP+: https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus Atención al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/ retransmisor del estado: 711
ARKANSAS – Medicaid	FLORIDA – Medicaid
Sitio web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Sitio web: http://flmedicaidprecovery.com/hipp/ Teléfono: 1-877-357-3268

INFORMACIÓN LEGAL REFERENTE A SUS PLANES

<p align="center">GEORGIA – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162 ext. 2131</p>	<p align="center">MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web: http://www.mass.gov/eohhs/gov/departments/masshealth/ Teléfono: 1-800-862-4840</p>
<p align="center">INDIANA - Medicaid</p> <p>Healthy Indiana Plan para adultos de bajos ingresos 19-64 Sitio web: http://www.in.gov/fssa/hip/ Teléfono: 1-877-438-4479 Todos los demás Medicaid Sitio web: http://www.indianamedicaid.com Telefono: 1-800-403-0864</p>	<p align="center">MINNESOTA – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/medical-assistance.jsp [Bajo el botón ELIGIBILITY, vea “what if I have other health insurance?”] Teléfono: 1-800-657-3739</p>
<p align="center">IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)</p> <p>Sitio web de Medicaid: https://dhs.iowa.gov/ime/members Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366 Sitio web de Hawki: http://dhs.iowa.gov/Hawki Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563</p>	<p align="center">MISSOURI – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005</p>
<p align="center">KANSAS – Medicaid</p> <p>Sitio web: http://www.kdheks.gov/hcf/default.htm Teléfono: 1-800-792-4884</p>	<p align="center">MONTANA – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084</p>
<p align="center">KENTUCKY – Medicaid</p> <p>Sitio web del Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP): https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Teléfono: 1-855-459-6328 Por correo electrónico: KIHIPPPROGRAM@ky.gov</p> <p>Sitio web de KCHIP: https://kidshealth.ky.gov/es/Pages/default.aspx Teléfono: 1-877-524-4718</p> <p>Sitio web de Medicaid de Kentucky: https://chfs.ky.gov/Pages/spanish.aspx</p>	<p align="center">NEBRASKA – Medicaid</p> <p>Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178</p>
<p align="center">LOUISIANA – Medicaid</p> <p>Sitio web: www.medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)</p>	<p align="center">NEVADA – Medicaid</p> <p>Sitio web de Medicaid: http://dhcftp.nv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900</p>
<p align="center">MAINE – Medicaid</p> <p>Sitio web: http://www.maine.gov/dhhs/ofi/public-assistance/index.html Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Maine relay 711</p>	<p align="center">NUEVO HAMPSHIRE – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/oii/hipp.htm Teléfono: 603-271-5218 Teléfono gratuito para el programa de HIPP: 1-800-852-3345, ext. 5218</p>

INFORMACIÓN LEGAL REFERENTE A SUS PLANES

<p align="center">NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Teléfono de Medicaid: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710</p>	<p align="center">RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov Teléfono: 1-855-697-4347 o 401-262-0311 (Direct Rlte Share Line)</p>
<p align="center">NUEVA YORK – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831</p>	<p align="center">TEXAS – Medicaid</p> <p>Sitio web: http://pontehiptexas.com/ Teléfono: 1-800-440-0493</p>
<p align="center">CAROLINA DEL NORTE – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov Teléfono: 919-855-4100</p>	<p align="center">UTAH – Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web de Medicaid: https://medicaid.utah.gov/spanish-language Sitio web: https://chip.health.utah.gov/espanol/ Teléfono: 1-877-543-7669</p>
<p align="center">DAKOTA DEL NORTE – Medicaid</p> <p>Sitio web: http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/ Teléfono: 1-844-854-4825</p>	<p align="center">VERMONT– Medicaid</p> <p>Sitio web: http://www.greenmountaincare.org/ Teléfono: 1-800-250-8427</p>
<p align="center">CAROLINA DEL SUR – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820</p>	<p align="center">VIRGINIA – Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web: https://www.cubrevirginia.org/hipp/ Teléfono de Medicaid: 1-800-432-5924 Teléfono de CHIP: 1-855-242-8282</p>
<p align="center">DAKOTA DEL SUR – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059</p>	<p align="center">WASHINGTON – Medicaid</p> <p>Sitio web: http://www.hca.wa.gov Teléfono: 1-800-562-3022</p>
<p align="center">OKLAHOMA – Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742</p>	<p align="center">WEST VIRGINIA – Medicaid</p> <p>Sitio web: http://mywvhipp.com/ Teléfono gratuito: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)</p>
<p align="center">OREGON – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx http://oregonhealthcare.gov/index-es.html Teléfono: 1-800-699-9075</p>	<p align="center">WISCONSIN – Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/publications/p1/p10095.pdf Teléfono: 1-800-362-3002</p>
<p align="center">PENSILVANIA – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.dhs.pa.gov/providers/Providers/Pages/Medical/HIPP-Program.aspx Teléfono: 1-800-692-7462</p>	<p align="center">WYOMING – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://wyequalitycare.acs-inc.com Teléfono: 307-777-7531</p>

INFORMACIÓN LEGAL REFERENTE A SUS PLANES

Para saber si otros estados han agregado el programa de asistencia con primas desde el 31 de enero de 2020, o para obtener más información sobre derechos de inscripción especial, comuníquese con alguno de los siguientes:

Departamento del Trabajo de EE.UU.

Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados

www.dol.gov/agencies/ebsa/es/about-ebsa/our-activities/informacion-en-espanol

1-866-444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.

Centros para Servicios de Medicare y Medicaid

www.cms.hhs.gov

1-877-267-2323, opción de menú 4, Ext. 61565

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites

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

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