

Avisos Obligatorios

VIVIR BIEN. COMER BIEN. ESTAR BIEN



TÉRMINOS A CONOCER

ESCANEE O HAGA CLIC EN EL CÓDIGO QR PARA VER UN VIDEO BREVE SOBRE LOS TÉRMINOS QUE LE GUSTARÍA CONOCER



ACREDITABLE: Es la cobertura para medicamentos recetados ofrecida por el plan del empleador que paga en promedio la misma cantidad que paga Medicare.

AD&D: Muerte Accidental y Desmembramiento.

ATENCIÓN PREVENTIVA: La atención prestada por un médico para promover la salud y evitar problemas de salud futuros para un afiliado que no presenta ningún síntoma. Los ejemplos son evaluaciones físicas de rutina y vacunaciones.

COMPAÑÍA ASEGURADORA: La compañía de seguros.

COPAGO: Un copago es una contribución cubierta definida en la póliza y pagada por una persona asegurada cada vez que se accede a un servicio médico. Se debe pagar antes de que cualquier beneficio de la póliza sea pagadero por una compañía de seguros.

COSEGURO: Un pago realizado por la persona cubierta además del pago realizado por el plan de salud sobre los cargos cubiertos, los cuales se comparten de forma porcentual. Por ejemplo, el plan de salud puede pagar el 80% del cargo permitido, mientras que la persona cubierta será responsable del 20% restante. El 20% del monto se denomina en adelante como el monto de coseguro.

DEDUCIBLE INCLUIDO: Un deducible incluido es un sistema que combina los deducibles individuales y familiares en una póliza de seguro de salud familiar. Cuando un plan de salud ha incluido deducibles, esto solo significa que un miembro de la familia no tiene que cumplir con el deducible familiar completo para que se apliquen los beneficios después del deducible, solo se necesita que cada persona cumpla el deducible individual para cumplir con los beneficios después del deducible.

DEDUCIBLE NO INCLUIDO: Un deducible no incluido también se denomina deducible agregado. Conforme con un deducible agregado, el deducible familiar total debe pagarse de su propio bolsillo antes de que el plan comience a pagar el coseguro correspondiente para los servicios de atención médica incurridos por cualquier miembro de la familia.

DEDUCIBLE: Un deducible es el monto que usted debe pagar cada año antes de que su compañía aseguradora empiece a pagar por los servicios. Si usted cuenta con un plan PPO, generalmente hay un deducible mayor por separado por utilizar proveedores fuera de la red.

DENTRO DE LA RED: Se refiere al uso de proveedores que participan en la red de proveedores del plan de salud. Muchos planes de beneficio alientan a los afiliados a utilizar proveedores que participen dentro de la red para reducir los gastos de bolsillo.

ESPECIALISTA: Un médico participante que proporciona una atención que no es de rutina, como un dermatólogo u ortopedista.

EVIDENCIA DE ASEGURABILIDAD (EOI): Esta es la información médica que usted debe proporcionar, la cual requiere la revisión y la aprobación de la compañía de seguros ANTES de que la cobertura se haga efectiva. Esta puede incluir historias clínicas y un examen físico.

EXPLICACIÓN DE BENEFICIOS (EOB): EOB significa la Explicación de Beneficios. Este es un documento producido por su compañía de seguros médicos que explica su respuesta y acción (ya sea el pago, la denegación del pago o el pago pendiente) frente a una solicitud de reembolso médico procesada en su nombre.

FUERA DE LA RED: El uso de proveedores de atención médica que no han sido contratados por el plan de salud para proporcionar servicios. Los afiliados de HMO generalmente no cubren los servicios fuera de la red excepto en situaciones de emergencia. Los afiliados inscritos en las Organizaciones de Proveedor Preferido (PPO) y la cobertura de Punto de Servicio (POS) pueden buscar proveedores fuera de la red, pero pagarán gastos de su bolsillo más altos.

GASTOS MÁXIMOS DE BOLSILLO: El monto total que una persona cubierta debe pagar antes que se paguen sus beneficios al 100%. Los deducibles, copagos, y coseguros que se pueden aplicar sobre los gastos máximos de bolsillo, dependiendo del plan.

HMO: Organización para el mantenimiento de la salud, este tipo de plan médico es exclusivo de la Red. Un participante debe recibir servicios de los proveedores dentro de la red excepto en un caso de emergencia médica.

INSCRIPCIÓN ANUAL: Período de tiempo designado durante el cual un empleado se puede inscribir en una cobertura de salud grupal. Así mismo, un período de tiempo designado durante el año en el que las personas sin cobertura grupal pueden inscribirse en una cobertura médica sin la necesidad de una suscripción médica.

MAC: Cargo máximo permitido.

MEDICAMENTOS DE MANTENIMIENTO: Un medicamento que se preve tomar de manera regular por varios meses para tratar una condición crónica como diabetes, alta presión arterial y asma, esto también incluye el control de la natalidad.

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP): Un médico seleccionado por el afiliado, formando parte de la red del plan, que proporciona atención de rutina y coordina otra atención especializada. El PCP debe seleccionarse de la red que corresponde al plan en el que usted es un afiliado. El médico que usted elige como su PCP debe ser un médico de cabecera o médico general, internista, ginecólogo o pediatra.

PERÍODO DE AUSENCIA: Este es el período de tiempo entre la lesión o enfermedad y la recepción de los pagos del beneficio.

PPO: Beneficios pagados para doctores tanto dentro como fuera de la red. El afiliado realiza una elección con conocimiento de que los mejores beneficios están disponibles con los proveedores dentro de la red. Los planes ofrecen copagos para visitas al consultorio, deducibles a una variedad de niveles y luego un coseguro hasta un máximo de gastos de bolsillo. Generalmente incluyen copagos para medicamentos recetados.

PROVEEDOR PARTICIPANTE: Médicos independientes, hospitales y proveedores de atención médica profesional que tienen un contrato para proporcionar servicios a sus afiliados a una tarifa de descuento y se les paga directamente por los servicios cubiertos.

RECETAS PEDIDAS POR CORREO: Se utiliza para medicamentos de mantenimiento. Los afiliados pueden ordenar y volver a surtir las recetas mediante correo postal, internet, fax o teléfono. Una vez surtida, las recetas se envían por correo directamente a la casa del afiliado.

REFERENCIA: Una recomendación escrita por un médico estableciendo que un afiliado puede recibir atención de un médico especialista o centro de salud.

SOLICITUD DE REEMBOLSO: La solicitud para el pago por los beneficios recibidos de acuerdo con una póliza de seguros.

UCR: Usual, habitual y razonable.

AVISOS OBLIGATORIOS

AVISO IMPORTANTE SOBRE ESTA GUÍA Y AVISOS LEGISLATIVOS INCLUIDOS

Las responsabilidades del patrocinador del plan incluyen confirmar que el plan de salud cumpla con ERISA, ACA y otras regulaciones estatales y federales. Se exponen diversos avisos federales a continuación. Incluso si los empleadores utilizan proveedores de servicio externos para gestionar el plan, existen aún ciertas funciones que pueden hacer del empleador responsable un fiduciario. Se recomienda que los patrocinadores del plan mantengan documentos globales de registro hasta por siete años.

Insurance Office of America no tiene la intención de que usted utilice esta guía como sustitución del asesoramiento jurídico. Si usted tiene alguna pregunta o inquietud, debe comunicarse con su asesor legal para obtener mayor orientación en todos los asuntos sobre el cumplimiento. Es importante destacar que, dado que esta información es un breve resumen, se le pide consultar las regulaciones federales aplicables para obtener información más específica y detallada. Así mismo, tenga en cuenta que los estados pueden tener leyes, restricciones y beneficios adicionales que protegen más a las personas. Usted siempre debe consultar las leyes estatales sobre el seguro y los beneficios para recibir una mayor orientación.

Aviso Importante:

Aviso de Cobertura Acreditable de la Parte D de Medicare

Lea este aviso cuidadosamente y manténgalo donde pueda encontrarlo. Este aviso tiene información sobre su cobertura actual para medicamentos recetados con **Celebration Restaurant Group** y sobre sus opciones conforme a la cobertura para medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarlo a decidir si desea o no unirse al plan de medicamentos de Medicare. Si usted está considerando unirse, usted debe comparar su cobertura actual, incluyendo qué medicamentos están cubiertos y a qué precio, con la cobertura y costos de los planes que ofrecen cobertura para medicamentos recetados de Medicare en su área. La información sobre dónde puede usted obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura para medicamentos recetados se encuentra al final de este aviso. Existen dos aspectos importantes que usted necesita saber sobre su cobertura actual y la cobertura para medicamentos recetados de Medicare:

1. La cobertura para medicamentos recetados de Medicare se hizo disponible en el año 2006 para todas las personas que cuentan con Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si usted se une al Plan de Medicamentos Recetados de Medicare o a un Plan de Ventajas de Medicare (como HMO o PPO) que ofrecen cobertura para medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare proporcionan por lo menos un nivel de cobertura estándar establecido por Medicare. Así mismo, algunos planes pueden ofrecer más cobertura para una prima mensual más elevada.
2. **Celebration Restaurant Group** ha determinado que se espera que la cobertura para medicamentos recetados ofrecida por **Traditional Buy-Up**, **Traditional Basic**, y **Nexus ACO OA Limited Network**, en promedio para todos los participantes del plan, pague la misma cantidad que paga la cobertura para medicamentos recetados de Medicare estándar y por lo tanto se considera Cobertura Acreditable. Debido a que su cobertura existente es una Cobertura Acreditable, usted puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más elevada (una sanción con cobro) si usted decide más tarde unirse a un plan de medicamentos de Medicare.

¿Cuándo se puede unir a un Plan de Medicamentos de Medicare?

Usted puede unirse a un plan de medicamentos de Medicare cuando primero sea elegible para Medicare y cada año desde el 15 de octubre al 7 de diciembre.

Sin embargo, si usted pierde su cobertura actual acreditable para medicamentos recetados, sin que sea culpa suya. Usted también será elegible para un Período de Inscripción Especial (SEP) de dos (2) meses para unirse a un plan de medicamentos de Medicare.

¿Qué le sucede a 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 de plan grupal como un empleado o dependiente o cónyuge de un empleado activo no se verá afectado. Hay coordinación de beneficios y el plan de grupo será su cobertura primaria y Medicare será su cobertura secundaria.

No obstante, si usted renuncia a la cobertura actual conforme al plan grupal y se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare, usted no podrá volver a inscribirse para la cobertura para medicamentos recetados ni para la cobertura médica hasta el siguiente período de inscripción anual o tras un evento calificado de vida para el que se permite la inscripción, si es con anterioridad (esto aplica solo si usted es elegible para la cobertura al momento de que su nueva inscripción se haga efectiva). Así mismo, su cobertura actual paga por los gastos médicos, además de los medicamentos recetados y si usted elige renunciar a su cobertura para medicamentos recetados, usted también debe renunciar a su cobertura médica.

Si usted (o un dependiente/cónyuge) está cubierto conforme al plan grupal a través de COBRA y luego está cubierto por Medicare, la cobertura para medicamentos recetados y la cobertura médica conforme al plan grupal serán canceladas, si la ley lo permite. Una vez que usted deje de estar cubierto por COBRA, puede que usted no reestablezca su cobertura COBRA conforme al plan grupal.

Por consiguiente, antes de decidir si se une a un plan de medicamentos de Medicare, usted debe comparar cuidadosamente su cobertura actual, incluyendo qué medicamentos están cubiertos con la cobertura y costos de los planes de medicamentos de Medicare en su área. Sírvese consultar la descripción del plan resumido del plan grupal para información sobre la cobertura, cómo el plan grupal coordina con Medicare y cuándo termina la cobertura conforme al plan grupal.

Aviso Importante:

Aviso de Cobertura Acreditable de la Parte D de Medicare

¿Cuándo pagará una prima más elevada (sanción con cobro) para unirse a un Plan de Medicamentos de Medicare?

Usted también debe saber que si usted renuncia o pierde su cobertura actual conforme al plan grupal y no se une a un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días continuos luego de que termine su cobertura actual, usted puede pagar una prima más elevada (una sanción con cobro) para unirse más adelante a un plan de medicamentos de Medicare.

Si usted lleva 63 días continuos o más sin una cobertura acreditable para medicamentos recetados, su prima mensual puede incrementarse en por lo menos el 1% de la prima base del beneficiario de Medicare por mes por cada mes que usted no contó con esa cobertura. Por ejemplo, si usted estuvo diecinueve meses sin una cobertura acreditable, su prima puede ser sistemáticamente por lo menos 19% más elevada que la prima base del beneficiario de Medicare. Puede que usted tenga que pagar esta prima más elevada (una sanción con cobro) siempre que usted tenga la cobertura para medicamentos recetados de Medicare. Además, usted puede tener que esperar hasta el siguiente octubre para unirse.

Para recibir mayor información sobre este aviso o su cobertura actual para medicamentos recetados:

Comuníquese con su Administrador de Beneficios para Empleados de Recursos Humanos para recibir mayor información. NOTA: Usted recibirá este aviso cada año. Usted también lo obtendrá antes del siguiente período en el que usted puede unirse a un plan de medicamentos de Medicare y si la cobertura del plan grupal cambia. Así mismo, usted puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para recibir mayor información sobre sus opciones conforme a la cobertura para medicamentos recetados de Medicare:

La información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrece la cobertura para medicamentos recetados se encuentra en el manual de "Medicare y Usted". Cada año usted podrá obtener una copia del manual en el correo de Medicare. Usted también puede ser contactado directamente por los planes de medicamentos de Medicare.

Para recibir mayor información sobre la cobertura para medicamentos recetados de Medicare:

- Visite la sitio web www.medicare.gov
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia Sobre Seguros de Salud (vea la contraportada de su copia del manual de "Medicare y Usted" para ver su número de teléfono) para buscar ayuda personalizada.

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al número 1-877-486-2048.

Si usted cuenta con ingresos y recursos limitados, se dispone de ayuda adicional para pagar la cobertura para medicamentos recetados de Medicare. Para más información sobre esta ayuda adicional, visite la sitio web de la oficina de Seguro Social en www.socialsecurity.gov o llámelos al número 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Comuníquese con Recursos Humanos para obtener más información:

Celebration Restaurant Group

Jaclyn Freeman

1170 Celebration Blvd. Suite 102 Celebration, FL 34747
321-393-2924

Si tiene preguntas sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, Grace Agency está aquí para ayudar.



Educarle sobre las opciones de seguro y los recursos de Medicare para cumplir con sus metas de salud y bienestar.



EL NUESTRO ES UN ENFOQUE MÁS AMABLE Y GENTIL DEL MUNDO DE SEGURO DE MEDICARE



800-791-4840 | info@graceagency.org

Avisos Obligatorios

Aviso de Derechos Especiales de Inscripción de la HIPAA

Si usted está declinando la inscripción para usted o sus dependientes (incluyendo a su cónyuge) debido a otro seguro de salud o cobertura de plan de salud grupal, usted puede inscribirse a sí mismo y a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir a su cobertura o a sus dependientes). No obstante, usted debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días después de que su o sus dependientes la otra cobertura termine.

Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, puede inscribirse a sí mismo y a sus dependientes. No obstante, usted debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para la cobertura bajo Medicaid o el Programa de Seguro de Salud para niños (CHIP) o llegan a ser elegibles para un subsidio de asistencia premium bajo Medicaid o CHIP, usted puede inscribirse a sí mismo y a sus dependientes. Usted debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días siguientes a la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP o a la determinación de elegibilidad para un subsidio de asistencia premium.

Para solicitar una inscripción especial u obtener mayor información, sírvase contactar a Recursos Humanos.

Derechos de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA)

La Ley de Portabilidad y responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 ("HIPAA") requiere que mantengamos la privacidad de la información protegida de salud, demos aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud sobre usted y sigamos los términos de nuestro aviso actualmente en vigor.

Si no se adjunta a este documento, usted puede solicitar una copia de las prácticas de privacidad actuales, explicando cómo la información médica sobre usted puede ser utilizada y divulgada y cómo usted puede obtener acceso a esta información.

Según lo requiera la ley, divulgaremos información de salud cuando así lo requiera la ley internacional, federal, estatal o local.

Usted tiene derecho a inspeccionar y copiar, derecho a una copia electrónica de los registros médicos electrónicos, derecho a recibir notificación de una infracción, derecho a enmendar, derecho a una contabilidad de divulgaciones, derecho a solicitar restricciones, derecho a solicitar comunicaciones confidenciales, derecho a una copia en papel de este aviso y el derecho a presentar una queja si cree que sus derechos de privacidad han sido violados.

Derechos de la cobertura de continuación conforme a la ley COBRA

INTRODUCCIÓN

Le enviamos este aviso porque recientemente obtuvo la cobertura de un plan de salud grupal (el Plan). Este aviso contiene información importante acerca de su derecho a recibir la cobertura de continuación de COBRA, que es una extensión temporal de la cobertura del Plan. Este aviso explica la cobertura de continuación de COBRA, el momento en el que usted y su familia pueden recibirla, y lo que usted puede hacer para proteger su derecho a obtenerla. Al ser elegible para la cobertura de COBRA, también puede ser elegible para otras opciones que pueden costarle menos que la cobertura de continuación de COBRA.

El derecho a recibir la cobertura de continuación de COBRA se originó gracias a una ley federal, la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, por sus siglas en inglés) de 1985. Usted y otros familiares suyos pueden disponer de la cobertura de continuación de COBRA cuando se termine la cobertura de salud grupal. Para obtener más información acerca de sus derechos y obligaciones conforme al Plan y a la ley federal, debe revisar el resumen de la descripción del Plan o comunicarse con el administrador del Plan.

Al perder la cobertura de salud grupal, puede haber otras opciones disponibles. Por ejemplo, puede ser elegible para comprar un plan individual a través del mercado de seguros médicos. Al inscribirse en la cobertura a través del mercado de seguros médicos, puede cumplir con los requisitos para tener menores costos en las primas mensuales y gastos propios más bajos. Así mismo, puede tener derecho a un período de inscripción especial de 30 días en otro plan de salud grupal para el cual sea elegible (como un plan del cónyuge), aunque ese plan generalmente no acepte afiliados de último momento.

¿QUÉ ES LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE COBRA?

La cobertura de continuación de COBRA es la continuación de la cobertura del Plan cuando esta debería terminar debido a un evento determinado de la vida. Este acontecimiento también se conoce como "evento específico". Los eventos específicos se incluyen más abajo en este aviso. Después de un evento específico, la cobertura de continuación de COBRA debe ofrecerse a cada persona considerada un "beneficiario que cumple con los requisitos". Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios que cumplan con los requisitos si la cobertura del Plan se pierde debido al evento específico. Según el Plan, los beneficiarios que cumplan con los requisitos y que elijan la cobertura de continuación de COBRA deben pagar la cobertura de continuación de COBRA.

Si usted es un empleado, se convertirá en un beneficiario que cumple con los requisitos si pierde la cobertura del Plan debido a estos eventos específicos:

- sus horas de empleo se reducen o
- su empleo termina por un motivo que no sea una falta grave de su parte.

Avisos Obligatorios

Si usted es el cónyuge del empleado, se convertirá en un beneficiario que cumple con los requisitos si pierde la cobertura del Plan debido a estos eventos específicos:

- su cónyuge muere,
- las horas de empleo de su cónyuge se reducen,
- el empleo de su cónyuge termina por un motivo que no sea una falta grave por parte de su cónyuge,
- su cónyuge adquiere el derecho a recibir los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas) o
- se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge.

Sus hijos dependientes se convertirán en beneficiarios que cumplen con los requisitos si pierden la cobertura del Plan debido a estos eventos específicos:

- el empleado cubierto muere,
- las horas de empleo del empleado cubierto se reducen,
- el empleo del empleado cubierto termina por un motivo que no sea una falta grave por parte del empleado cubierto,
- el empleado cubierto adquiere el derecho a recibir los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas),
- los padres se divorcian o se separan legalmente o el hijo deja de ser elegible para la cobertura del Plan como "hijo dependiente".

¿CUÁNDO ESTÁ DISPONIBLE LA CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA DE COBRA?

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

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

Para todos los demás eventos que califican (divorcio o separación legal del empleado y su cónyuge o la pérdida de elegibilidad de un hijo dependiente para la cobertura como hijo dependiente), debe notificar al Administrador del Plan dentro de los 60 días posteriores a que ocurra el evento que califica. Debe proporcionar este aviso a: Recursos Humanos.

¿CÓMO SE PROPORCIONA LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE COBRA?

Después de que el administrador del Plan recibe el aviso de que se ha producido un evento específico, la cobertura de continuación de COBRA se ofrecerá a cada uno de los beneficiarios que cumplan con los requisitos. Cada beneficiario que cumpla con los requisitos tendrá su propio derecho a elegir la cobertura de continuación de COBRA. Los empleados cubiertos pueden elegir la cobertura de continuación de COBRA en nombre de su cónyuge y los padres pueden elegir la cobertura de continuación de COBRA en nombre de sus hijos.

La cobertura de continuación de COBRA es la continuación temporal de la cobertura debido a la terminación del empleo o a la reducción de las horas de trabajo, y en general dura 18 meses. Determinados eventos específicos, o un segundo evento específico durante el período inicial de cobertura, pueden permitir que el beneficiario reciba un máximo de 36 meses de cobertura.

También hay otros motivos por los cuales este período de 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA puede prolongarse:

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

Si el Seguro Social determina que usted o alguien de su familia que esté cubierto por el Plan tiene una discapacidad y usted le avisa al respecto al administrador del Plan en el plazo correspondiente, usted y toda su familia pueden recibir una extensión adicional de hasta 11 meses de cobertura de continuación de COBRA, por un máximo de 29 meses. La discapacidad debe haber comenzado en algún momento antes de los 60 días de la cobertura de continuación de COBRA y debe durar al menos hasta el final del período de 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA.

Extensión por un segundo evento específico del período de 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA

Si su familia sufre otro evento específico durante los 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA, su cónyuge y sus hijos dependientes pueden recibir hasta 18 meses adicionales de cobertura de continuación de COBRA, por un máximo de 36 meses, si se le avisa al Plan como corresponde acerca del segundo evento específico. Esta extensión puede estar disponible para el cónyuge y cualquier hijo dependiente que reciba la cobertura de continuación de COBRA en el caso de que el empleado o ex empleado muera, adquiera el derecho a recibir los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas), se divorcie o se separe legalmente o si el hijo dependiente deja de ser elegible en el Plan como hijo dependiente. Esta extensión solo está disponible en el caso de que el segundo evento específico hubiese hecho que el cónyuge o el hijo dependiente pierda la cobertura del Plan si no se hubiese producido el primer evento específico.

¿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 mercado de seguros médicos, Medicaid u otras opciones de un plan de salud grupal (por ejemplo, el plan de su cónyuge) mediante lo que se denomina un "período de inscripción especial". Es posible que algunas de estas opciones cuesten menos que la cobertura de continuación de COBRA. Puede encontrar más información sobre muchas de estas opciones en www.healthcare.gov.

¿Puedo inscribirme en Medicare, en caso de ser elegible, después de que finalice la cobertura de mi plan de salud colectivo?

En general, después del período de inscripción inicial, hay un período de inscripción especial de 8 meses [1] para inscribirse en Medicare Parte A o B, que comienza cuando ocurre lo primero de lo siguiente:

- El mes posterior a la finalización del empleo.
- El mes posterior a la finalización de la cobertura del plan de salud colectivo basada en el empleo actual.

Si elige la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) y desea inscribirse en Medicare Parte B después de que finalice su cobertura de continuación, es posible que tenga que pagar una penalidad por inscripción tardía. Si se inscribe inicialmente en Medicare Parte A o B después de elegir la cobertura de continuación COBRA, el plan puede terminar su cobertura de continuación (sin embargo, si Medicare Parte A o B entra en vigencia en la fecha de la elección de COBRA o antes de esta fecha, la cobertura de COBRA no se puede discontinuar debido al derecho a Medicare, incluso si la persona se inscribe en la otra parte de Medicare después de la fecha de la elección de la cobertura de COBRA).

Si está inscrito tanto en COBRA como en Medicare, Medicare

Avisos Obligatorios

será generalmente el pagador principal. Es posible que algunos planes "disminuyan" el monto que Medicare pagaría en caso de ser el pagador principal, incluso si usted no está inscrito.

Para obtener más información, visite:
www.medicare.gov/medicare-and-you

SI TIENE PREGUNTAS

Las preguntas acerca de su Plan o de sus derechos a recibir la cobertura de continuación de COBRA deben enviarse al contacto o los contactos identificados abajo. Para obtener más información sobre sus derechos según la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA, por sus siglas en inglés), incluida la ley COBRA, la Ley de Atención Médica (de bajo costo) y la Protección al Paciente, y otras leyes que afectan a los planes de salud grupales, comuníquese con la oficina regional o de distrito más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (EBSA, por sus siglas en inglés) del Departamento de Trabajo de Estados Unidos en su área o visite www.dol.gov/ebsa. (Las direcciones y los números de teléfono de las oficinas regionales y de distrito de EBSA están disponibles en el sitio web de EBSA). Para obtener más información acerca del mercado de seguros médicos, visite www.HealthCare.gov.

INFORME A SU PLAN SI CAMBIA DE DIRECCIÓN

Para proteger los derechos de su familia, informe al administrador del Plan sobre cualquier cambio en las direcciones de sus familiares. También debe conservar una copia, para su registro, de todos los avisos que le envíe al administrador del Plan.

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PLAN

Plan y Continuación de Cobertura de COBRA se pueden obtener una petición a:

Comuníquese con Recursos Humanos para obtener más información:

Celebration Restaurant Group

Jaclyn Freeman

1170 Celebration Blvd. Suite 102 Celebration, FL 34747

321-393-2924

Continuación de Cobertura Estatal

Debido al tamaño, su plan de grupo no se encuentra bajo las directrices federales de COBRA. Sin embargo, es posible que tenga una opción de continuación estatal disponible para usted. Comuníquese con su compañía de seguros o con Recursos Humanos para obtener más información. Puede encontrar información adicional en el sitio web del departamento de seguros de su estado.

Aviso del Plan de Bienestar

Su plan de salud está comprometido a ayudarlo a alcanzar su mejor estado de salud. Se dispone de recompensas por participar en un programa de bienestar para todos los empleados. Si usted piensa que no puede cumplir un estándar para obtener una recompensa conforme a este programa de bienestar, usted puede calificar para una oportunidad de obtener la misma recompensa por diferentes medios. Nosotros trabajaremos con usted (y, si usted lo desea, con su médico) para encontrar un programa de bienestar con la misma recompensa que se ajuste mejor a sus necesidades en vista de su estado de salud. Comuníquese con Recursos Humanos para recibir mayor información.

Opciones de cobertura del mercado de Seguro de Salud (Health Insurance Marketplace) y su cobertura de Salud

A partir del 2014, existe una nueva manera de adquirir seguros médicos: el Mercado de seguros médicos. Para ayudarlo mientras evalúa opciones para usted y su familia, esta notificación le brinda información básica acerca del nuevo Mercado.

¿Qué es el mercado de seguros médicos?

El mercado está diseñado para ayudarlo a encontrar un seguro médico que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El mercado ofrece opciones de compra en un solo sitio, para buscar y comparar opciones de seguros médicos privados. También es posible que sea elegible para un nuevo tipo de crédito tributario que reduce su prima mensual de inmediato.

Cada año, la inscripción abierta para la cobertura del seguro médico a través del Mercado se extiende desde el 1 de noviembre hasta el 15 de diciembre del año previo. Cuando la inscripción abierta termina, se puede recibir cobertura a través del Mercado sólo si califica para un período de inscripción especial o si está aplicando para Medicaid o el Programa de Seguro de Salud Infantil (Children's Health Insurance Program, CHIP).

¿Puedo ahorrar dinero en las primas del seguro médico que ofrece el mercado?

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?

Si. Si su empleador brinda cobertura médica que cumple con determinadas normas, no será elegible para un crédito tributario a través del mercado y es posible que desee inscribirse en el plan de salud de su empleador. No obstante, es posible que sea elegible para un crédito tributario que reduce la prima mensual o para una reducción en la cuota de los costos si su empleador no brinda cobertura o no brinda cobertura que cumple con determinadas normas. Si el costo de un plan de su empleador que brindaría cobertura para usted (y ningún otro miembro de su familia) es más del 9.5 % de sus ingresos familiares para el año, o si la cobertura que proporciona su empleador no cumple con el estándar de "valor mínimo" que establece la Ley de Cuidados Asequibles, posiblemente, usted sea elegible para un crédito fiscal. (Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con el "estándar de valor mínimo" si la parte de los costos de los beneficios totales permitidos del plan cubiertos por el plan no es menor al 60 por ciento de dichos costos).

Aviso: Si adquiere un plan de salud a través del mercado 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 a impuesto federal y estatal. Los pagos para la cobertura médica a través del mercado se realizan después de impuestos.

Avisos Obligatorios

¿Cómo puedo obtener más información?

Para obtener más información sobre la cobertura que brinda el empleador, consulte el resumen de la descripción del Plan o comuníquese con Recursos Humanos.

El mercado puede ayudarlo a evaluar sus opciones de cobertura, incluida su elegibilidad para la cobertura a través del mercado y sus costos. Visite CuidadoDeSalud.gov para obtener más información, incluida una solicitud en línea de cobertura de seguros médicos e información de contacto para un mercado de seguros médicos en su área.

Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer de 1998

Si usted está inscrito en un plan de salud que cubre los costos quirúrgicos y médicos de una mastectomía, la WHCRA establece que su plan también debe cubrir los costos de ciertas cirugías reconstructivas y otros beneficios posteriores a la mastectomía.

Si usted ha tenido o va a tener una mastectomía, usted puede tener derecho a ciertos beneficios conforme a la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer (WHCRA). Para las personas que reciben beneficios relacionados a la mastectomía, se proporcionará la cobertura de una manera determinada en colaboración con el médico responsable y el paciente, para:

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

Estos beneficios se proporcionarán sujetos a los mismos deducibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados conforme a este plan. Por lo tanto, los deducibles y los coseguros del plan en el que se inscribió se aplicarán.

Si le gustaría recibir más información sobre los beneficios de WHCRA, comuníquese con su administrador del plan o Recursos Humanos.

Declaración de los Derechos conforme a la Ley de Protección de la Salud de los Recién Nacidos y las Mamás

La Ley de Protección de la Salud de los Recién Nacidos y las Mamás (NMHPA) le brinda protección a las mamás y a sus hijos recién nacidos con respecto a la duración de la estancia hospitalaria luego del parto. El NMHPA establece límites sobre los beneficios que se proporcionan para las estancias hospitalarias luego del parto. Sin embargo, nada en la ley o regulaciones requiere que una madre dando a luz en un hospital o que la estancia hospitalaria sea por un período de tiempo específico luego del parto. Además, es posible que no se requiera que los planes de salud grupales brinden beneficios para la estancia hospitalaria relacionados con el parto. Sin embargo, si el plan proporciona estos beneficios, debe cumplir con los requisitos mínimos de la NMHPA.

Los planes de salud grupal y las compañías de seguro médico generalmente no pueden, conforme con la ley federal, restringir los beneficios de cualquier duración de estancia hospitalaria en relación con el parto para la madre o el hijo recién nacido a menos de 48 horas luego de un parto vaginal o a menos de 96 horas luego de una cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe al proveedor que atiende a la madre o recién nacido, luego de consultarlo con la madre, darle de alta a la madre o a su recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas

según corresponda). De acuerdo con la ley federal, los planes y las compañías de seguro médico, en ningún caso, podrán exigirle al proveedor que obtenga autorización del plan o de la compañía de seguro médico para prescribir una duración de estancia hospitalaria que no exceda las 48 horas (o 96 horas).

La NMHPA y las regulaciones finales no aplican para la cobertura de seguro médico (y los planes de salud grupal que proporcionan beneficios solo a través de la cobertura de seguro médico) en ciertos estados que han adoptado leyes similares a la NMHPA. Comuníquese con su Administrador del Plan o Recursos Humanos para recibir detalles específicos con respecto a su cobertura.

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 al **1-877-KIDS NOW** o visite espanol.insurekidsnow.gov/ para información sobre como presentar su solicitud. Si usted es elegible, pregunte a su estado si tiene un programa que pueda 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 17 de julio de 2025. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad.

Contactos Estatales

ALABAMA – Medicaid

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

ALASKA – Medicaid

El Programa de Pago de AK primas del seguro médico

Sitio web: myakhipp.com

Teléfono: 1-866-251-4861

Por correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com

Elegibilidad de Medicaid: health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx

ARKANSAS – Medicaid

Sitio web: myarhipp.com

Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)

CALIFORNIA – Medicaid

Programa de pago de las primas del seguro (HIPP)

Sitio web: dhcs.ca.gov/hipp

Teléfono: 916-445-8322 | Fax: 916-440-5676

Por correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov

COLORADO – Health First Colorado (Programa de Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)

Sitio web de Health First Colorado:

<https://www.healthfirstcolorado.com/es>

Centro de atención al cliente de Health First Colorado:

1-800-221-3943 / retransmisor del estado: 711

CHP+: <https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus>

Atención al cliente de CHP+: 1-800-359-1991 / retransmisor del estado: 711

Programa de compra de seguro de salud (HIBI, por sus siglas en inglés): <https://www.mycohibi.com/>

Atención al cliente de HIBI: 1-855-692-6442

FLORIDA – Medicaid

Sitio web: <https://www.flmedicaidtplecovery.com/flmedicaidtplecovery.com/hipp/index.html>

Teléfono: 1-877-357-3268

GEORGIA – Medicaid

Sitio web de GA HIPP: <https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp>

Teléfono: 678-564-1162, Presiona 1

Sitio web de GA CHIPRA:

<https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra>

Teléfono: (678) 564-1162, Presiona 2

INDIANA – Medicaid

Programa de pago de primas de seguro de salud

Todos los demás son Medicaid

Sitio web: <https://www.in.gov/medicaid/>

<https://www.in.gov/fssa/dfr>

Administración de familias y servicios sociales

Teléfono: 1-800-403-0864

Teléfono de servicios para miembros: 1-800-457-4584

IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)

Sitio web de Medicaid: <https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid>

Iowa Medicaid | Salud y Servicios Humanos

Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366

Sitio web de Hawki: <https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/iowa-health-link/hawki>

Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563

Sitio web de HIPP: <https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/fee-service/hipp>

Teléfono de HIPAA: 1-888-346-9562

KANSAS – Medicaid

Sitio web: www.kancare.ks.gov/

Teléfono: 1-800-792-4884 | Teléfono HIPP: 1-800-967-4660

KENTUCKY – Medicaid

Sitio web del Programa integrado de pago de primas de seguro médico de Kentucky (KI-HIPP): chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx

Teléfono: 1-855-459-6328

Por correo electrónico: KIHIPPPROGRAM@ky.gov

Sitio web de KCHIP: <https://kynect.ky.gov>

Teléfono: 1-877-524-4718

Sitio web de Medicaid de Kentucky: <https://chfs.ky.gov/agencies/dms>

LOUISIANA – Medicaid

Sitio web: www.medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp

Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o

1-855-618-5488 (LaHIPP)

MAINE – Medicaid

Sitio web para inscripción: mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US

Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Maine relay 711

Página web para primas de seguro de salud privado: www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms

Teléfono: 1-800-977-6740 TTY: Maine relay 711

MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP

Sitio web: www.mass.gov/masshealth/pa

Teléfono: 1-800-862-4840 | TTY: 711

Por correo electrónico: masspremassistance@accenture.com

MINNESOTA – Medicaid

Sitio web: mn.gov/dhs/health-care-coverage/

Teléfono: 1-800-657-3672

MISSOURI – Medicaid

Sitio web: www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm

Teléfono: 573-751-2005

MONTANA – Medicaid

Sitio web: dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP

Teléfono: 1-800-694-3084

Por correo electrónico: HSHIPPPProgram@mt.gov

NEBRASKA – Medicaid

Sitio web: www.ACCESSNebraska.ne.gov

Teléfono: 1-855 632-7633

Lincoln: 402 473-7000

Omaha: 402 595-1178

NEVADA – Medicaid

Sitio web: dhcfp.nv.gov

Teléfono: 1-800-992-0900

NUEVO HAMPSHIRE – Medicaid

Sitio web: <https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program>

Teléfono: 603-271-5218

Teléfono gratuito para el programa de HIPP: 1-800-852-3345, ext. 15218

Por correo electrónico: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov

Contactos Estatales

NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Teléfono: 1-800-356-1561 Teléfono de asistencia de prima de CHIP: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710 (TTY:711)	VIRGINIA – Medicaid y CHIP Sitio web: coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs Teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924
NUEVA YORK – Medicaid Sitio web: www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831	WASHINGTON – Medicaid Sitio web: www.hca.wa.gov Teléfono: 1-800-562-3022
CAROLINA DEL NORTE – Medicaid Sitio web: medicaid.ncdhhs.gov Teléfono: 919-855-4100	WEST VIRGINIA – Medicaid y CHIP Sitio web: dhhs.wv.gov/bms/ http://mywvhipp.com/ Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 Teléfono gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)
DAKOTA DEL NORTE – Medicaid Sitio web: www.hhs.nd.gov/healthcare Teléfono: 1-844-854-4825	WISCONSIN – Medicaid y CHIP Sitio web: www.dhswisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002
OKLAHOMA – Medicaid y CHIP Sitio web: www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742	WYOMING – Medicaid Sitio web: health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Teléfono: 1-800-251-1269
OREGON – Medicaid y CHIP Sitio web: healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-800-699-9075	
PENSILVANIA – Medicaid y CHIP Sitio web: www.pagov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html Teléfono: 1-800-692-7462 Sitio web de CHIP: Children's Health Insurance Program (CHIP) (pa.gov) Teléfono de CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)	Para saber si otros estados han agregado el programa de asistencia con primas desde el 17 de Julio de 2025, 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.
RHODE ISLAND– Medicaid Sitio web: www.eohhs.ri.gov Teléfono: 1-855-697-4347 o 401-462-0311 (Direct Rtte Share Line)	
CAROLINA DEL SUR – Medicaid Sitio web: www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820	
DAKOTA DEL SUR – Medicaid Sitio web: dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059	
TEXAS – Medicaid Sitio web: www.hhs.texas.gov/services/financial/health-insurance-premium-payment-hipp-program Teléfono: 1-800-440-0493	
UTAH – Medicaid y CHIP Asociación para primas del seguro médico de Utah (UPP) Sitio web: medicaid.utah.gov/upp/ Por correo electrónico: upp@utah.gov Teléfono: 1-888-222-2542 Sitio web de expansión para adultos: medicaid.utah.gov/expansion/ Sitio web de Programa de compra de Medicaid de Utah: medicaid.utah.gov/buyout-program/ Sitio web de CHIP: chip.utah.gov	
VERMONT– Medicaid Sitio web: dvha.vermont.gov/members/Medicaid/hipp-program Teléfono: 1-800-250-8427	Número de Control de OMB 1210-0137 (vence al 31 de enero de 2026)



LÍNEA DE COBERTURA	COMPAÑÍA ASEGURADORA	SERVICIO AL CLIENTE
Seguro médico (Solo red del plan Nexus ACO Newtork)	United Healthcare Grupo #718262	888-331-3408 connect.werally.com/choose-plan-year
Seguro médico (Todos los demás planes)	United Healthcare Grupo #718262	866-873-3903 www.myuhc.com
Apoyo para la diabetes de Level2	United Healthcare Level2	844-302-2821 www.mylevel2.com/care
Programa de apoyo contra el cáncer	United Healthcare	866-936-6002 myuhc.phs.com/cancerprograms
Coaching de comportamiento para niños y familias	United Healthcare Bend	bendhealth.com/coaching
Real Appeal	United Healthcare Real Appeal	844-924-7325 enroll.realappeal.com
Seguro Dental	United Healthcare Grupo #718262	877-816-3596 www.myuhc.com
Seguro de la Vista	United Healthcare Grupo #718262	800-638-3120 www.myuhc.com
Seguro Básico de Vida y de Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D) Pagado por el Empleador	United Healthcare Grupo #306534	888-299-2070
Seguro Voluntario de Vida y de Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D)		
Discapacidad a Corto Plazo (STD)		
Discapacidad a Largo Plazo (LTD)		
Pólizas Suplementarias Voluntarias	Aflac Grupo #24600	407-924-3267 whitney_russell@us.aflac.com
Beneficios quirúrgicos	Lantern (anteriormente Surgery Plus)	833-421-0508 lanterncare.com
Programa de Asistencia al Empleado (EAP)	Live and Work Well	877-660-3806 Cuenta #306534 liveandworkwell.com Código de acceso: FP3EAP
Programa Global Rx	Global Rx	800-883-8841 www.rxmanage.com
Preguntas relacionadas con Medicare (mayores de 65 años)	Grace Agency	800-791-4840 www.graceagency.com
Seguro para Mascotas	PetsBest	800-891-2565 www.petbenefits.com