

Oatey Co.

INSCRIPCIÓN ABIERTA Y AVISOS PARA PARTICIPANTES DEL PLAN 2025

¿ES USTED, O UN FAMILIAR, ELEGIBLE PARA MEDICARE (O ESTÁ A PUNTO DE CONVERTIRSE EN ELEGIBLE PARA MEDICARE)? SI ES ASÍ, POR FAVOR LEA Y CONSERVE PARA SUS REGISTROS.

Aviso de Cobertura Acreditable

Su cobertura de medicamentos recetados provista bajo the Oatey Co. Aetna Plan pague, en promedio, lo mismo o más de lo que pagará la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Esto se conoce como "cobertura acreditable".

Por qué esto es importante

Esta información es para ayudarlo a decidir si desea o no inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Es importante que las personas elegibles tanto para Medicare como para un plan de salud grupal miren hacia el futuro y sopesen los costos, los beneficios y los términos de participación de las diversas opciones de manera regular, si no anual. Con base en hechos y circunstancias individuales, algunos eligen elegir Medicare solamente, otros eligen cobertura bajo el plan de salud grupal solamente, mientras que otros eligen inscribirse en ambas coberturas. Cuando se eligen ambos, los beneficios se coordinan de acuerdo con las Reglas del pagador secundario de Medicare. Es decir, un plan u otro *reduciría el pago* para evitar que se le reembolse el monto total de ambas fuentes. Su edad, el motivo de su elegibilidad para Medicare y otros factores determinan qué plan es primario (paga primero, generalmente sin reducciones) versus secundario (paga segundo, generalmente con reducciones).

¿Cuándo es elegible para un plan de medicamentos de Medicare?

Cuando alguien se vuelve elegible por primera vez para inscribirse en un plan de medicamentos recetados de la "Parte D" de Medicare patrocinado por el gobierno, la inscripción se considera oportuna si se completa al final de su "Período de inscripción inicial" que finaliza 3 meses después del mes en que él o ella cumplió 65 años. Si elige no inscribirse en la Parte D de Medicare durante su Período de inscripción inicial, *cuando finalmente se inscriba puede estar sujeto a una multa por inscripción tardía* agregada a su prima mensual de la Parte D de Medicare. Específicamente, el costo adicional, si lo hay, aumenta *según la cantidad de meses completos* sin cobertura durante los cuales estuvo sin la Parte D de Medicare o sin cobertura de medicamentos recetados "acreditable" obtenida de otra fuente.

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

Las personas elegibles pueden unirse a un plan de medicamentos de Medicare cuando sean elegibles por primera vez para Medicare y cada año desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Sin embargo, si pierde su cobertura acreditable actual, sin culpa propia, también será elegible para un Período de inscripción especial (SEP) de dos (2) meses para unirse a un plan de medicamentos de Medicare.

También debe saber que si cancela o pierde su cobertura actual y no se une a un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días continuos posteriores a la finalización de su cobertura actual, es posible que pague una prima más alta (al menos el 1 %) para unirse a un plan de medicamentos de Medicare más adelante. Por lo tanto, es esencial coordinar cuidadosamente su transición entre planes.

Quienes pierden estas oportunidades generalmente no pueden inscribirse en un plan de la Parte D de Medicare hasta que haya otro período de inscripción disponible.

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

Si no está seguro de si será elegible para Medicare o cuándo, o si tiene preguntas sobre cómo obtener ayuda para pagarlo, llame a la Administración del Seguro Social al (800) 772-1213 o visite socialsecurity.gov. Las preguntas específicas sobre nuestra cobertura de medicamentos recetados deben dirigirse al número de servicio al cliente que figura en su tarjeta de identificación, si está inscrito, o al administrador del plan.

Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA

Está recibiendo este Aviso de privacidad porque es elegible para participar en planes de salud grupales patrocinados por un empleador. Los planes de salud se comprometen a proteger la confidencialidad de cualquier información de salud recopilada sobre una persona. Este Aviso describe cómo el Plan de Salud puede usar y divulgar "información de salud protegida" (PHI). Para que la información sea considerada "PHI", debe cumplir con tres condiciones:

La información es creada o recibida por un proveedor de atención médica, un plan de salud, un empleador o una cámara de compensación de atención médica; La información relaciona la condición de salud física o mental pasada, presente o futura de un individuo; la provisión de atención médica a un individuo; o el pago pasado, presente o futuro por la prestación de atención médica a una persona; y la información identifica al individuo o proporciona una base razonable para creer que puede usarse para identificar al individuo.

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés) exige que el Plan de salud proporcione este Aviso a una persona. Además, el Plan de Salud está obligado por ley a:

Mantener la privacidad de la "información de salud protegida" (PHI) de una persona y proporcionarle el Aviso de privacidad de sus deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la PHI de una persona y seguir los términos de su Aviso de privacidad que está actualmente en vigor.

Los empleados del patrocinador del plan que administran y administran este Plan de salud pueden usar la PHI solo para fines apropiados del plan (como pagos u operaciones de atención médica), pero no para fines de otros beneficios no proporcionados por este plan, y no para fines relacionados con el empleo. propósitos del patrocinador del plan. Estas personas deben cumplir con los mismos requisitos que se aplican al Plan de Salud para proteger la confidencialidad de la PHI.

Usos y divulgaciones de información de salud protegida (PHI)

Las siguientes categorías describen las formas en que el plan de salud puede usar y divulgar información médica protegida. Para cada categoría de usos y divulgaciones, se proporcionarán ejemplos. No se enumerarán todos los usos o divulgaciones en una categoría. Sin embargo, todas las formas en que se le permite al plan de salud usar y divulgar información se incluirán en una de estas categorías.

Finalidades del Tratamiento. El plan de salud puede divulgar PHI a un proveedor de atención médica para fines de tratamiento del proveedor de atención médica. Por ejemplo, si el médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) de una persona o el proveedor médico tratante remite a la persona a un especialista para recibir tratamiento, el plan de salud puede divulgar la PHI de la persona al especialista al que ha sido remitida para que pueda familiarizarse con la condición médica del individuo, diagnósticos y tratamientos previos, y pronóstico.

Fines de pago. El Plan de Salud puede usar o divulgar información de salud con fines de pago; como determinar la elegibilidad para los beneficios del plan, obtener primas, facilitar el pago del tratamiento y los servicios que una persona recibe de los proveedores de atención médica, determinar la responsabilidad del plan por los pagos de beneficios y coordinar los beneficios con otros planes de beneficios. Los ejemplos de funciones de pago pueden incluir la revisión de la necesidad médica de los servicios de atención médica, determinar si un tratamiento en particular es experimental o de investigación, o determinar si un tratamiento específico está cubierto por el plan.

Operaciones de atención médica. El plan de salud puede usar la PHI para sus propias operaciones de atención médica y puede divulgar la PHI para llevar a cabo las actividades necesarias relacionadas con el seguro. Algunos ejemplos de operaciones de atención médica pueden incluir: suscripción, clasificación de primas y otras actividades relacionadas con la cobertura del plan; realizar actividades de evaluación y mejora de la calidad; colocación de contratos; realizar o coordinar revisiones médicas, servicios legales, servicios de auditoría y programas de detección de fraude y abuso; y la planificación empresarial, la gestión y la administración general del Plan de Salud.

A un Asociado Comercial del Plan de Salud. El plan de salud puede divulgar PHI a un socio comercial (BA) del plan de salud, siempre que exista un acuerdo de socio comercial válido entre el socio comercial y el plan de salud. Un socio comercial es una entidad que realiza una función en nombre del plan de salud y que utiliza PHI al hacerlo o brinda servicios al plan de salud, como servicios legales, actuariales, contables, de consultoría o administrativos. Entre los ejemplos de socios comerciales se incluyen los administradores externos (TPA), el actuario y el corredor del plan de salud.

Al Patrocinador del Plan de Salud. El plan de salud puede divulgar la PHI al patrocinador del plan siempre que el patrocinador haya enmendado los documentos del plan, proporcionado una certificación al plan de salud, establecido ciertas salvaguardas y cortafuegos para limitar las clases de empleados que tendrán acceso a la PHI y para limitar el uso de la PHI para fines del plan y no para fines no permitidos, como lo requiere la Regla de Privacidad. Cualquier divulgación al patrocinador del plan debe ser para fines de administración del Plan de salud. Algunos ejemplos pueden incluir: divulgación para apelaciones de reclamos ante el Comité de Beneficios del Plan, para fines de administración de casos o para realizar funciones de administración del plan.

El plan de salud también puede divulgar información de inscripción/cancelación de la inscripción al patrocinador del plan, solo con fines de inscripción o cancelación de la inscripción, y puede divulgar "Información de salud

resumida" (como se define en las normas de privacidad médica de la HIPAA) al patrocinador del plan con el fin de obtener la prima, ofertas o modificar o terminar el plan.

Requerido por ley o solicitado como parte de un procedimiento reglamentario o legal. El plan de salud puede usar y divulgar la PHI según lo exija la ley o cuando se solicite como parte de un procedimiento reglamentario o legal. Por ejemplo, el Plan de salud puede divulgar información médica cuando lo requiera una orden judicial en un procedimiento de litigio, o de conformidad con una citación, o según sea necesario para cumplir con las leyes de compensación para trabajadores.

Actividades de salud pública o para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad. El Plan de salud puede divulgar PHI a las autoridades de salud pública para fines relacionados con: prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; denunciar abuso o negligencia infantil; denunciar la violencia doméstica; informar a la Administración de Drogas y Alimentos de problemas con productos y reacciones a medicamentos; y reportar exposición a enfermedades o infecciones.

Cumplimiento de la Ley o Funciones Gubernamentales Específicas. El Plan de salud puede divulgar la PHI al personal encargado de hacer cumplir la ley con fines tales como identificar o ubicar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida; cumplir con una orden judicial o citación; y otros propósitos de aplicación de la ley.

Otros usos y divulgaciones se realizarán únicamente con la autorización por escrito de una persona o de su representante legal, y la persona puede revocar dicha autorización según lo dispuesto en la sección 164.508(b) (5) de la Regla de Privacidad. No se retractará ninguna divulgación que se haya hecho cuando la Autorización de la persona estaba en vigor.

Los derechos de una persona con respecto a la PHI

Una persona tiene los siguientes derechos con respecto a su PHI:

Derecho a inspeccionar y copiar la PHI. Una persona tiene derecho a inspeccionar y copiar su información de salud que puede usarse para tomar decisiones sobre los beneficios del plan. Si solicitan una copia de la información, se puede cobrar una tarifa razonable para cubrir los gastos asociados con su solicitud.

Derecho a Solicitar Restricciones). Una persona tiene derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de su PHI (aunque el plan de salud no está obligado a aceptar una restricción solicitada).

derecho a recibir comunicaciones confidenciales de PHI). Una persona tiene derecho a recibir su PHI a través de un medio alternativo razonable o en un lugar alternativo si cree que el método habitual del Plan de salud para comunicar la PHI puede ponerlos en peligro.

Derecho a Solicitar una Enmienda. Una persona tiene derecho a solicitar que el plan de salud modifique su información de salud si cree que es incorrecta o está incompleta. El plan de salud no está obligado a cambiar la PHI, pero está obligado a proporcionarle una respuesta al individuo en cualquier caso.

Derecho a la contabilidad de las divulgaciones. Una persona tiene derecho a recibir una lista o "registro de las divulgaciones" de su información médica realizadas por el Plan de salud, excepto las divulgaciones realizadas por el Plan de salud para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, seguridad nacional, aplicación de la

ley o para personal penitenciario, de conformidad con la Autorización del individuo, o para el individuo. La solicitud de una persona debe especificar un período de tiempo de hasta seis años y no puede incluir fechas anteriores al 1 de mayo de 2010 (fecha de vigencia de este reglamento). El Plan de salud proporcionará un informe de divulgaciones sin cargo una vez cada período de 12 meses.

Notificación de incumplimiento. Una persona tiene derecho a recibir una notificación de una violación de su información médica no segura. La notificación puede retrasarse si así lo requiere un oficial de la ley. Si ha fallecido y hay una violación de su información médica, el aviso se proporcionará a sus familiares más cercanos o representantes personales si el plan conoce la identidad y la dirección de dicha(s) persona(s).

*Opcional si la entidad cubierta participa en la suscripción de **información genética La información genética de** una persona no se utilizará para la suscripción, excepto en los planes de atención a largo plazo.*

Derecho a Copia en Papel. Una persona tiene derecho a recibir una copia impresa de este Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento.

Las responsabilidades del plan de salud con respecto a la PHI de una persona

El Plan de Salud es una “entidad cubierta” (CE) y tiene responsabilidades bajo HIPAA con respecto al uso y divulgación de PHI. El Plan de salud tiene la obligación legal de mantener la privacidad de la PHI y de proporcionar a las personas un aviso de sus obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la PHI. Se requiere que el Plan de Salud cumpla con los términos del Aviso de Prácticas de Privacidad actual (el “Aviso”). El Plan de salud se reserva el derecho de cambiar los términos de este Aviso en cualquier momento y hacer que las disposiciones del Aviso revisado sean efectivas para toda la PHI que mantiene el Plan de salud, incluso la PHI obtenida antes de la fecha de vigencia de las revisiones. Si el Plan de salud revisa el Aviso, el Plan de salud distribuirá de inmediato un Aviso revisado a todos los participantes inscritos activamente siempre que se haya realizado un cambio sustancial. Hasta ese momento, la ley exige que el Plan de salud cumpla con la versión actual de este Aviso.

Se investigará la queja y se proporcionará una respuesta por escrito a la persona dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la queja. Se presentará un resumen escrito de la queja y cualquier acción correctiva tomada ante el Oficial de Privacidad. El Plan de salud no tomará represalias contra la persona de ninguna manera por presentar una queja.

Si una persona desea que una agencia externa revise su queja, puede comunicarse con el Departamento de Salud y Servicios Humanos en la siguiente dirección:

**Departamento de Salud y Servicios Humanos
El edificio Hubert H. Humphrey
200 Avenida Independencia, SW
Washington, DC 2020**

Aviso de inscripción especial del plan HIPAA

Si rechaza su inscripción en el Plan , o rechaza la cobertura para su cónyuge o uno de sus dependientes, debido a otro seguro de salud o cobertura de plan de salud grupal , es posible que pueda inscribirse usted y sus dependientes en el Plan si usted o su los dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura, o si el empleador deja de contribuir para esa otra cobertura. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores a la finalización de su otra cobertura o la de sus dependientes , o después del período durante el cual el empleador dejó de contribuir a dicha otra cobertura si dicho pago se aplicó a sus circunstancias.

Además, si tiene un nuevo dependiente , como resultado de su matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en 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 entrega en adopción.

Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, comuníquese con el administrador del plan que figura en la descripción resumida del plan, o comuníquese con el personal del departamento de recursos humanos para obtener más información.

Aviso de información genética

La Ley de No Discriminación por Información Genética de 2008 (GINA, por sus siglas en inglés) prohíbe que los empleadores y otras entidades cubiertas por el Título II de GINA soliciten o requieran información genética de un individuo o familia miembro de la persona, salvo lo específicamente permitido por esta ley. Para cumplir con esta ley, estamos pidiendo que no proporcione ninguna información genética al responder a esta solicitud de información médica.

“Información genética”, tal como la define GINA, incluye el historial médico familiar de una persona, los resultados de las pruebas genéticas de una persona o un miembro de su familia, el hecho de que una persona o un miembro de la familia de una persona haya buscado o recibido servicios genéticos e información genética de un feto portado por una persona o un miembro de la familia de una persona o un embrión en posesión legal de una persona o un miembro de la familia que recibe servicios de reproducción asistida.

Paridad de salud mental/trastorno por consumo de sustancias

Efectivo para los Años del Plan a partir del 1 de Julio de 2010, los beneficios bajo los Planes que brindan Beneficios de Salud Mental están sujetos a las regulaciones finales que respaldan la Ley de Paridad de Salud Mental y Equidad en Adicción de 2008 (MHPAEA). Los beneficios para condiciones de salud mental y trastornos por uso de sustancias que son Servicios de salud cubiertos bajo la Póliza deben tratarse de la misma manera y proporcionarse al mismo nivel que los Servicios de salud cubiertos para el tratamiento de otras Enfermedades o Lesiones. Los beneficios para los Servicios de salud mental y los Servicios para trastornos por uso de sustancias no están sujetos a ningún límite máximo anual de beneficios (incluido cualquier día, visita o límite en dólares).

La MHPAEA exige que los requisitos financieros para el coseguro y los copagos por trastornos de salud mental y abuso de sustancias no sean más restrictivos que los requisitos de coseguro y copagos para prácticamente todas las intervenciones médicas/quirúrgicas. beneficios. MHPAEA requiere que se apliquen pruebas específicas a las clasificaciones de beneficios para determinar el impacto de estos requisitos financieros en los beneficios de salud mental y trastorno por uso de sustancias . Con base en los resultados de esas pruebas, es posible que se reduzcan los coseguros o copagos que se aplican a las condiciones de salud mental y trastornos por uso de sustancias en su plan de beneficios .

Divulgación sobre el cuidado de los recién nacidos y las nuevas madres

Este Plan generalmente, de acuerdo con la ley federal aplicable, no restringe los beneficios para ningún período de hospitalización . de Quédate en conexión con parto por la madre o recién nacido niño a menos que 48 horas después de un parto vaginal , o menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, de conformidad con esa misma ley federal, este Plan 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, este Plan no requiere, de conformidad con la ley federal, que un proveedor obtenga autorización del plan o del emisor del seguro para prescribir una estadía que no exceda las 48 horas (o 96 horas).

Aviso Anual y Regular de la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998 (WHCRA)

Según lo exige la Ley de Derechos de la Salud y el Cáncer de la Mujer (WHCRA) de 1998, sin perjuicio de lo aquí dispuesto a la contrario, la Plan proporciona cobertura para: 1) todas las etapas de reconstrucción de la mama en que se ha realizado la mastectomía ; 2) cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica ; y 3) prótesis y físico complicaciones de la mastectomía, incluidos los linfedemas, de una manera determinada en consulta con el médico tratante y la paciente. Dicha cobertura puede estar sujeta a deducibles anuales y disposiciones de coaseguro que se consideren apropiadas y sean consistentes con las establecidas para otros beneficios bajo la plan o cobertura. Se le entregará al participante un aviso por escrito de la disponibilidad de dicha cobertura al momento de la inscripción y anualmente a partir de entonces. Comuníquese con el administrador del plan que figura en la descripción resumida del plan o comuníquese con el personal del departamento de recursos humanos para obtener más información.

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 como presentar su solicitud. Si usted es elegible, pregunte a su estado si tiene un programa que pueda ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

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

Si usted vive en uno de los siguientes estados, tal vez sea elegible para asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente es una lista de estados actualizada enero 31, 2024. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad -

ALABAMA – Medicaid	ARKANSAS – Medicaid
Sitio web: http://myalhipp.com Teléfono: 1-855-692-5447	Sitio web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)
ALASKA – Medicaid	CALIFORNIA – Medicaid
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: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program http://dhcs.ca.gov/hipp Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Por correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov

<p align="center">COLORADO – Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)</p>	<p align="center">IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)</p>
<p>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.colorado.gov/pacific/hcpf/health-insurance-buy-program Atención al cliente de HIBI: 1-855-692-6442</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 Sitio web de HIPP; https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp Teléfono de HIPAA: 1-888-346-9562</p>
<p align="center">FLORIDA – Medicaid</p>	<p align="center">KANSAS – Medicaid</p>
<p>Sitio web: https://www.flmedicaidprecovery.com/flmedicaidprecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268</p>	<p>Sitio web: https://www.kancare.ks.gov/ Teléfono: 1-800-792-4884</p>
<p align="center">GEORGIA – Medicaid</p>	<p align="center">KENTUCKY – Medicaid</p>
<p>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</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: KIHIPPP.PROGRAM@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">INDIANA - Medicaid</p>	<p align="center">LOUISIANA – 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: https://www.in.gov/medicaid/ Telefono: 1-800-457-4584</p>	<p>Sitio web: www.medicicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)</p>

MAINE – Medicaid

NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP

<p>Sitio web por inscripción: http://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Maine relay 711</p> <p>Página Web por primos de seguro de salud privado: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-977-6740 TTY: Maine relay 711</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>
MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP	NUEVA YORK – Medicaid
<p>Sitio web: https://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840</p>	<p>Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831</p>
MINNESOTA – Medicaid	CAROLINA DEL NORTE – Medicaid
<p>Sitio web: https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp Teléfono: 1-800-657-3739</p>	<p>Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov Teléfono: 919-855-4100</p>
MISSOURI – Medicaid	DAKOTA DEL NORTE – Medicaid
<p>Sitio web: https://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005</p>	<p>Sitio web: http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/ Teléfono: 1-844-854-4825</p>
MONTANA – Medicaid	CAROLINA DEL SUR – Medicaid
<p>Sitio web: https://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084</p>	<p>Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820</p>
NEBRASKA – Medicaid	DAKOTA DEL SUR – Medicaid
<p>Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178</p>	<p>Sitio web: https://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059</p>
NEVADA – Medicaid	OKLAHOMA – Medicaid y CHIP
<p>Sitio web de Medicaid: http://dhcnp.nv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900</p>	<p>Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742</p>
NUEVO HAMPSHIRE – Medicaid	OREGON – Medicaid
<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>	<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">PENSILVANIA – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Program.aspx Teléfono: 1-800-692-7462</p>	<p align="center">VIRGINIA – Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web: https://www.coverva.org/es/famis-select https://www.coverva.org/es/hipp Teléfono de Medicaid: 1-800-432-5924 Teléfono de CHIP: 1-800-432-5924</p>
<p align="center">RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov Teléfono: 1-855-697-4347 o 401-462-0311 (Direct RIte Share Line)</p>	<p align="center">WASHINGTON – Medicaid</p> <p>Sitio web: http://www.hca.wa.gov Teléfono: 1-800-562-3022</p>
<p align="center">TEXAS – Medicaid</p> <p>Sitio web: http://pontehiptexas.com/ Teléfono: 1-800-440-0493</p>	<p align="center">WEST VIRGINIA – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://dhhr.wv.gov/bms/ http://mywvhipp.com/ Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 Teléfono gratuito: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)</p>
<p align="center">UTAH – Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web de Medicaid: https://medicaid.utah.gov/spanish-language Sitio web de CHIP: https://chip.health.utah.gov/espanol/ Teléfono: 1-877-543-7669</p>	<p align="center">WISCONSIN – Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002</p>
<p align="center">VERMONT– Medicaid</p> <p>Sitio web: http://www.greenmountaincare.org/ Teléfono: 1-800-250-8427</p>	<p align="center">WYOMING – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Teléfono: 1-800-251-1269</p>

Para saber si otros estados han agregado el programa de asistencia con primas desde enero 31, 2024, o para obtener más información sobre derechos de inscripción especial, comuníquese con alguno de los siguientes:

Departamento del Trabajo de EE.UU.

Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados

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

1-866-444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.

Centros para Servicios de Medicare y Medicaid

www.cms.hhs.gov

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