

# Avisos legales anuales para empleados de Young Life

---

## Índice

**Aviso importante en relación con su programa de medicamentos con receta de Medicare**

Aviso de inscripción especial de la HIPAA

Aviso de disponibilidad de aviso de prácticas de privacidad

Aviso de la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer

Aviso de Ley de Protección de la Salud de Madres y Recién Nacidos

Protección de divulgación de información del paciente

Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)

Sus derechos y protecciones contra facturas médicas sorpresa

## **Para obtener más información de contacto:**

En este documento, se hace referencia a **Young Life** como el «patrocinador del plan».

**Deborah Upton**  
420 North Cascade Ave. Colorado Springs CO 80903  
719-381-1756

**Para preguntas específicas sobre una factura médica sorpresa, comuníquese con:**

**UMR**  
169 Inverness Drive West, Suite 400 Englewood, CO 80112  
877-239-4575  
[www.umar.com](http://www.umar.com)

## **Aviso importante sobre la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y Medicare**

### **PPO/Non-PPO UMR Medical Benefits 90/70 Plan, PPO/Non-PPO UMR Medical Benefits 80/50 (HDHP) Plan**

Lea detenidamente este aviso y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso tiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados con el patrocinador del plan y sobre sus opciones de cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarlo a decidir si desea o no adherirse a un plan de medicamentos de Medicare. Si considera adherirse, debe comparar su cobertura actual, incluidos qué medicamentos están cubiertos a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos con receta de Medicare en su área. La información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos con receta está al final de este aviso.

#### **Hay dos cosas importantes que debe saber sobre su cobertura actual y la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:**

1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare estuvo disponible a partir de 2006 para todos los que tienen Medicare. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare o en un plan de Medicare Advantage (como un plan de organización para el mantenimiento de la salud [HMO] o de organización de proveedores preferidos [PPO]) que ofrece la cobertura de medicamentos con receta. Todos los planes de medicamentos de Medicare ofrecen al menos un nivel de cobertura estándar establecido por Medicare. Algunos planes también ofrecen más cobertura por una prima mensual más alta.
2. El patrocinador del plan ha determinado que la cobertura de medicamentos recetados del plan médico de la Compañía, en promedio para todos los participantes del plan, debe pagar el mismo monto que paga la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y, por lo tanto, se considera una cobertura acreditable. Como su cobertura actual es una cobertura acreditable, puede mantenerla y no pagar una prima más alta (una penalización) si más adelante decide adherirse a un plan de medicamentos de Medicare.

#### **¿Cuándo puede adherirse a un plan de medicamentos de Medicare?**

Puede adherirse a un plan de medicamentos de Medicare cuando sea elegible para Medicare y cada año del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Sin embargo, si pierde su actual cobertura acreditable de medicamentos con receta, por causas ajenas a su voluntad, también será elegible para un periodo de inscripción especial (SEP) de dos (2) meses para adherirse a un plan de medicamentos de Medicare.

#### **¿Qué opciones tengo?**

Si decide adherirse a un plan de medicamentos de Medicare, la cobertura del patrocinador del plan no se verá afectada.

Antes de decidir si debe inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, recomendamos comparar su cobertura actual, incluidos los medicamentos que están cubiertos y a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su área.

Podría optar por:

**1. Mantener la cobertura médica y de medicamentos con receta a través del patrocinador del plan y no inscribirse aún en un plan de medicamentos con receta de Medicare.**

Esta opción está disponible para usted porque la cobertura de medicamentos con receta que se le ofrece como parte del paquete general de beneficios médicos proporcionados por el patrocinador del plan es «acreditable», lo que significa que, en promedio, es tan buena como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare.

**2. Mantener la cobertura médica y de medicamentos con receta a través del patrocinador del plan y, además, inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare.**

Con esta opción, usted pagará primas tanto por el plan de medicamentos con receta de Medicare que seleccione como por la cobertura médica y de medicamentos con receta a través del patrocinador del plan.

Seguirá recibiendo su cobertura médica y de medicamentos con receta a través del patrocinador del plan. Los beneficios (si los hay) que recibe por el plan de medicamentos con receta de Medicare que seleccione dependerán del costo y del tipo de medicamentos con receta que usted use, del beneficio cubierto del plan que elija y de la cobertura de medicamentos con receta que ofrezca el plan del patrocinador del plan. Si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare, debe notificar al patrocinador del plan para que los beneficios se puedan coordinar con los beneficios que recibe a través del plan de medicamentos recetados de Medicare.

**3. Inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare y cancelar su cobertura médica y de medicamentos con receta a través del patrocinador del plan.**

Con esta opción, usted tendrá una cobertura de medicamentos con receta solo a través del plan de medicamentos con receta de Medicare que haya seleccionado. Sin embargo, también abandonará TODA la cobertura médica que reciba a través del patrocinador del plan, no solo la cobertura de medicamentos con receta, y es posible que no pueda volver a inscribirse ni recuperar esta cobertura.

**¿Cuándo tendrá que pagar una prima más alta (penalización) para adherirse a un plan de medicamentos de Medicare?**

También debe saber que si cancela o pierde su cobertura actual con el patrocinador del plan y no se adhiere a un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días continuos después de que termine su cobertura actual, es posible que deba pagar una prima más alta (una penalización) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más tarde.

Si pasa 63 días continuos o más sin cobertura de medicamentos recetados acreditable, su prima mensual puede subir por lo menos un 1 % de la prima de beneficiario base de Medicare por cada mes que no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima puede ser sistemáticamente al menos un 19 % mayor que la prima de beneficiario base de Medicare. Es posible que tenga que pagar esta prima más alta (una multa) siempre y cuando tenga cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que tenga que esperar hasta el siguiente mes de octubre para adherirse.

## **Para obtener más información...**

**Sobre este aviso o sobre su cobertura de medicamentos con receta actual:** Comuníquese con el patrocinador del plan. También la recibirá antes del próximo periodo en el que puede adherirse a un plan de medicamentos de Medicare y si cambia esta cobertura a través del patrocinador del plan. Además, puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

**Acerca de sus opciones de cobertura de medicamentos con receta de Medicare:** En el manual «Medicare y usted» encontrará información detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos con receta. Cada año, Medicare le enviará por correo una copia del manual. También es posible que los planes de medicamentos de Medicare se comuniquen directamente con usted.

## **Sobre la cobertura de medicamentos con receta de Medicare:**

- Visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov).
- Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (consulte el número de teléfono en la contraportada de su manual «Medicare y Usted») para obtener ayuda personalizada.
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene ingresos y recursos limitados, puede obtener ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Para obtener información sobre esta Ayuda Adicional, visite el Seguro Social en Internet en [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov) o llame al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Recuerde: Guarde este aviso de cobertura acreditable. Si decide adherirse a uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que deba presentar una copia de este aviso cuando lo haga para demostrar si ha mantenido o no la cobertura acreditable y, por lo tanto, si está obligado o no a pagar una prima más alta (una penalización).

## **Aviso de inscripción especial de la HIPAA**

### **Luego de rechazar la cobertura**

Si rechaza la inscripción para usted o para sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a que posee otra cobertura de seguro médico, odontológico u oftalmológico, es posible que pueda inscribirse o inscribir a sus dependientes en los planes del patrocinador del plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para la otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir a su otra cobertura o a la de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores a la finalización de su cobertura o la de sus dependientes (o una vez que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).

Ejemplo: Usted se encuentra exento de la cobertura de este plan porque estaba cubierto por un plan que ofrece el empleador de su cónyuge. Su cónyuge termina el empleo. Si notifica a su empleador dentro de los 30 días de la fecha de finalización de la cobertura, usted y sus dependientes elegibles pueden solicitar la cobertura de este plan.

### **Matrimonio, nacimiento o adopción**

Si tiene un nuevo dependiente como resultado del matrimonio, de un nacimiento, de una adopción o solicitud de adopción, pueden inscribirse usted y sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días después del matrimonio, del nacimiento, de la adopción o solicitud de adopción.

Ejemplo: cuando lo contrataron, era soltero y decidió no elegir los beneficios del seguro de salud. Un año después, se casa. Usted y sus dependientes elegibles tienen derecho a inscribirse en este plan. Sin embargo, debe presentar la solicitud dentro de los 30 días a partir de la fecha del matrimonio.

### **Coordinación con Medicaid y CHIP**

Si usted o sus dependientes están cubiertos por un plan estatal de Medicaid o CHIP, pueden inscribirse usted y sus dependientes si pierden la elegibilidad para la cobertura conforme a Medicaid o CHIP. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la finalización de la cobertura de Medicaid o CHIP. También puede solicitar la inscripción dentro de los 60 días de ser elegible para recibir asistencia estatal para primas de Medicaid o CHIP.

Ejemplo: cuando lo contrataron, sus hijos recibían cobertura de salud con CHIP y usted no los inscribió en este plan. Debido a los cambios en sus ingresos, sus hijos ya no son elegibles para la cobertura CHIP. Puede inscribirlos en este plan si lo solicita dentro de los 60 días posteriores a la fecha de pérdida de cobertura del CHIP.

### **Para obtener más información o asistencia**

Para solicitar la inscripción especial u obtener más información, comuníquese con el patrocinador del plan. La información de contacto se encuentra en la portada de este paquete de aviso legal.

### **Aviso de disponibilidad de aviso de prácticas de privacidad**

El patrocinador del plan mantiene un aviso de prácticas de privacidad en nombre de cualquier plan de salud autoasegurado que patrocine. Este aviso de prácticas de privacidad describe cómo se puede usar y divulgar su información médica, y cómo usted puede obtener acceso a esta información. Para obtener una copia de los avisos de prácticas de privacidad disponibles, use la información de contacto en la portada de este paquete de aviso.

### **Aviso de la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer**

Si se ha realizado una mastectomía, o debe realizársela, es posible que tenga derecho a ciertos beneficios conforme a la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer (WHCRA) de 1998. En el caso de las personas que reciban beneficios relacionados con una mastectomía, se brindará cobertura de la forma establecida con la aprobación del médico tratante y el paciente, para los siguientes casos:

- todas las etapas de reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía
- cirugía y reconstrucción de la mama no afectada para dar una apariencia simétrica
- prótesis
- tratamiento de complicaciones físicas en la mastectomía, incluido el linfedema

Estos beneficios se brindarán sujetos a los mismos deducibles o coseguros que correspondan a otros beneficios médicos y quirúrgicos ofrecidos en virtud de este plan. Consulte su Guía de inscripción o el Resumen de beneficios y cobertura para obtener más información sobre los deducibles y los coseguros que se aplican según su plan. Si desea más información sobre los beneficios de la WHCRA, comuníquese con el patrocinador del plan.

### **Aviso de Ley de Protección de la Salud de Madres y Recién Nacidos**

Conforme a la ley federal, los planes de salud del empleador y las entidades emisoras de seguros de salud que ofrecen cobertura de seguro médico grupal generalmente, en casos de parto, no pueden restringir los beneficios de duración de la estadía en el hospital a la madre o al recién nacido a menos de 48 horas, luego de un parto vaginal o a menos de 96 horas luego de un parto por cesárea. No obstante, el plan o la entidad emisora pueden pagar una estadía más corta si el proveedor tratante (por ejemplo, su médico, enfermero, partera o asistente del médico), luego de consultarlo con la madre, da el alta antes a la madre o al recién nacido.

Asimismo, conforme a la ley federal, los planes y las entidades emisoras no pueden establecer el nivel de beneficios o de los gastos de bolsillo de manera tal que la última parte de la estadía de 48 horas (o 96 horas) sea tratada de una manera menos favorable para la madre o el recién nacido que cualquier parte anterior de la estadía.

Además, un plan o entidad emisora no pueden, conforme a la ley federal, exigirle a un médico u otro proveedor de atención médica que obtenga autorización para prescribir una duración de la

estadía de hasta 48 horas (o 96 horas). No obstante, para utilizar determinados proveedores o instalaciones, o a fin de reducir sus gastos de bolsillo, es posible que usted deba obtener certificación previa. Para obtener información sobre la certificación previa, comuníquese con el patrocinador del plan.

### **Protección de divulgación de información del paciente**

#### **Designación del proveedor de atención primaria**

Si su plan médico requiere o permite la designación de un proveedor de atención primaria, usted 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 sus familiares. Para sus hijos, puede designar a un pediatra como proveedor de atención primaria. Para obtener información sobre cómo seleccionar un proveedor de atención primaria y para obtener una lista de los proveedores de atención primaria participantes, comuníquese con el patrocinador del plan.

#### **Acceso a atención obstétrica o ginecológica (OB/GYN)**

No necesita presentar una autorización previa para recibir atención obstétrica o ginecológica por parte de un profesional de atención médica que pertenezca a nuestra red y que se especialice en obstetricia o ginecología. Sin embargo, es posible que el profesional de la salud deba cumplir con ciertos procedimientos, como obtener una autorización previa para algunos servicios, o seguir un plan de tratamiento aprobado con anterioridad o los procedimientos para realizar una derivación. Para obtener una lista de profesionales de atención médica participantes que se especialicen en obstetricia o ginecología, comuníquese con el patrocinador del plan.

## 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](http://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/](http://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](http://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 julio de 2025. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad -

| ALABAMA – Medicaid                                                                                            | ALASKA – Medicaid                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sitio web: <a href="http://myalhipp.com">http://myalhipp.com</a><br>Teléfono: 1-855-692-5447                  | El Programa de Pago de AK primas del seguro médico<br>Sitio web: <a href="http://myakhipp.com">http://myakhipp.com</a><br>Teléfono: 1-866-251-4861<br>Por correo electrónico: <a href="mailto:CustomerService@MyAKHIPP.com">CustomerService@MyAKHIPP.com</a><br>Elegibilidad de Medicaid:<br><a href="https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx">https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx</a> |
| ARKANSAS – Medicaid                                                                                           | CALIFORNIA – Medicaid                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Sitio web: <a href="http://myarhipp.com/">http://myarhipp.com/</a><br>Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447) | Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program<br>Sitio web: <a href="http://dhcs.ca.gov/hipp">http://dhcs.ca.gov/hipp</a><br>Teléfono: 916-445-8322<br>Fax: 916-440-5676<br>Por correo electrónico: <a href="mailto:hipp@dhcs.ca.gov">hipp@dhcs.ca.gov</a>                                                                                                                                                 |



| COLORADO – Health First Colorado<br>(Programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | FLORIDA – Medicaid                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Sitio web de Health First Colorado:<br/> <a href="https://www.healthfirstcolorado.com/es">https://www.healthfirstcolorado.com/es</a><br/>           Centro de atención al cliente de Health First Colorado:<br/>           1-800-221-3943/ retransmisor del estado: 711<br/>           CHP+: <a href="https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus">https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus</a><br/>           Atención al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/retransmisor del estado: 711<br/>           Programa de compra de seguro de salud (HIBI, por sus siglas en inglés): <a href="https://www.mychibi.com/">https://www.mychibi.com/</a><br/>           Atención al cliente de HIBI: 1-855-692-6442</p>  | <p>Sitio web:<br/> <a href="https://www.flmedicaidtprecovery.com/flmedicaidtprecovery.com/hipp/index.html">https://www.flmedicaidtprecovery.com/flmedicaidtprecovery.com/hipp/index.html</a><br/>           Teléfono: 1-877-357-3268</p>                                                                                                                                                                                                                |
| GEORGIA – Medicaid                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | INDIANA – Medicaid                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <p>Sitio web de GA HIPP:<br/> <a href="https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp">https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp</a><br/>           Teléfono: 678-564-1162, Presiona 1<br/>           Sitio web de GA CHIPRA:<br/> <a href="https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra">https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra</a><br/>           Teléfono: 678-564-1162, Presiona 2</p>                                                                                              | <p>Programa de pago de primas de seguro de salud<br/>           Todos los demás son Medicaid<br/>           Sitio web: <a href="https://www.in.gov/medicaid/">https://www.in.gov/medicaid/</a><br/> <a href="https://www.in.gov/fssa/dfr">https://www.in.gov/fssa/dfr</a><br/>           Administración de familias y servicios sociales<br/>           Teléfono: 1-800-403-0864<br/>           Teléfono de servicios para miembros: 1-800-457-4584</p> |
| IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | KANSAS – Medicaid                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <p>Sitio web de Medicaid:<br/> <a href="https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid">https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid</a><br/>           Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366<br/>           Sitio web de Hawki: <a href="https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/iowa-health-link/hawki">https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/iowa-health-link/hawki</a><br/>           Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563<br/>           Sitio web de HIPP: <a href="https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/fec-service/hipp">https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/fec-service/hipp</a><br/>           Teléfono de HIPAA: 1-888-346-9562</p>                | <p>Sitio web: <a href="https://www.kancare.ks.gov/">https://www.kancare.ks.gov/</a><br/>           Teléfono: 1-800-792-4884<br/>           Teléfono de HIPP: 1-800-967-4660</p>                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| KENTUCKY - Medicaid                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | LOUISIANA – Medicaid                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <p>Sitio web del Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP):<br/> <a href="https://www.chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx">https://www.chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx</a><br/>           Teléfono: 1-855-459-6328<br/>           Por correo electrónico: <a href="mailto:KIHIPPPROGRAM@ky.gov">KIHIPPPROGRAM@ky.gov</a><br/>           Sitio web de KCHIP:<br/> <a href="https://kidshealth.ky.gov/es/Pages/default.aspx">https://kidshealth.ky.gov/es/Pages/default.aspx</a><br/>           Teléfono: 1-877-524-4718<br/>           Sitio web de Medicaid de Kentucky:<br/> <a href="https://chfs.ky.gov/agencies/dms">https://chfs.ky.gov/agencies/dms</a></p> | <p>Sitio web: <a href="http://www.medicaid.la.gov">www.medicaid.la.gov</a> o <a href="http://www.ldh.la.gov/lahipp">www.ldh.la.gov/lahipp</a><br/>           Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)</p>                                                                                                                                                                                                         |

| MAINE – Medicaid                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Sitio web por inscripción:<br/> <a href="https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US">https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US</a><br/> Teléfono: 1-800-442-6003<br/> TTY: Maine relay 711<br/> Página web por primos de seguro de salud privado:<br/> <a href="https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms">https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms</a><br/> Teléfono: 1-800-977-6740<br/> TTY: Maine relay 711</p> | <p>Sitio web: <a href="https://www.mass.gov/masshealth/pa">https://www.mass.gov/masshealth/pa</a><br/> Teléfono: 1-800-862-4840<br/> TTY: 711<br/> Por correo electrónico: <a href="mailto:masspremassistance@accenture.com">masspremassistance@accenture.com</a></p>                                                                                                                                                               |
| MINNESOTA – Medicaid                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | MISSOURI – Medicaid                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <p>Sitio web: <a href="https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/">https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/</a><br/> Teléfono: 1-800-657-3672</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <p>Sitio web:<br/> <a href="https://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm">https://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm</a><br/> Teléfono: 573-751-2005</p>                                                                                                                                                                                                                                                      |
| MONTANA – Medicaid                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | NEBRASKA – Medicaid                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <p>Sitio web:<br/> <a href="https://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP">https://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP</a><br/> Teléfono: 1-800-694-3084<br/> Por correo electrónico: <a href="mailto:HSHIPPPProgram@mt.gov">HSHIPPPProgram@mt.gov</a></p>                                                                                                                                                                                                     | <p>Sitio web: <a href="http://www.ACCESSNebraska.ne.gov">http://www.ACCESSNebraska.ne.gov</a><br/> Teléfono: 1-855-632-7633<br/> Lincoln: 402-473-7000<br/> Omaha: 402-595-1178</p>                                                                                                                                                                                                                                                 |
| NEVADA – Medicaid                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | NUEVO HAMPSHIRE – Medicaid                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <p>Sitio web de Medicaid: <a href="http://dhcfp.nv.gov">http://dhcfp.nv.gov</a><br/> Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <p>Sitio web: <a href="https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program">https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program</a><br/> Teléfono: 603-271-5218<br/> Teléfono gratuito para el programa de HIPP: 1-800-852-3345, ext. 15218<br/> Por correo electrónico: <a href="mailto:DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov">DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov</a></p> |
| NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | NUEVA YORK – Medicaid                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <p>Sitio web de Medicaid:<br/> <a href="http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/">http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/</a><br/> Teléfono: 1-800-356-1561<br/> Teléfono de asistencia de prima de CHIP: 609-631-2392<br/> Sitio web de CHIP:<br/> <a href="http://www.njfamilycare.org/index.html">http://www.njfamilycare.org/index.html</a><br/> Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710 (TTY:711)</p>                                 | <p>Sitio web: <a href="https://es.health.ny.gov/health_care/medicaid/">https://es.health.ny.gov/health_care/medicaid/</a><br/> Teléfono: 1-800-541-2831</p>                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| CAROLINA DEL NORTE – Medicaid                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | DAKOTA DEL NORTE – Medicaid                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <p>Sitio web: <a href="https://medicaid.ncdhhs.gov">https://medicaid.ncdhhs.gov</a><br/> Teléfono: 919-855-4100</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <p>Sitio web: <a href="http://www.hhs.nd.gov/healthcare">http://www.hhs.nd.gov/healthcare</a><br/> Teléfono: 1-844-854-4825</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

| OKLAHOMA – Medicaid y CHIP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | OREGON – Medicaid y CHIP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sitio web: <a href="http://www.insureoklahoma.org">http://www.insureoklahoma.org</a><br>Teléfono – 1-888-365-3742                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Sitio web: <a href="https://cuidadodesalud.oregon.gov/Pages/index.aspx">https://cuidadodesalud.oregon.gov/Pages/index.aspx</a><br>Teléfono: 1-800-699-9075                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| PENSILVANIA – Medicaid y CHIP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | RHODE ISLAND– Medicaid y CHIP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Sitio web: <a href="https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html">https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html</a><br>Teléfono: 1-800-692-7462<br>Sitio web de CHIP:<br><a href="https://www.pa.gov/en/agencies/dhs/resources/chip.html">https://www.pa.gov/en/agencies/dhs/resources/chip.html</a><br>Teléfono de CHIP: 1-800-986-KIDS (5437) | Sitio web: <a href="http://www.eohhs.ri.gov/">http://www.eohhs.ri.gov/</a><br>Teléfono: 1-855-697-4347 o 401-462-0311 (Direct RIta Share Line)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| CAROLINA DEL SUR – Medicaid                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | DAKOTA DEL SUR – Medicaid                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Sitio web: <a href="https://www.scdhhs.gov">https://www.scdhhs.gov</a><br>Teléfono: 1-888-549-0820                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Sitio web: <a href="http://dss.sd.gov">http://dss.sd.gov</a><br>Teléfono: 1-888-828-0059                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| TEXAS – Medicaid                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | UTAH– Medicaid y CHIP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Sitio web: <a href="https://www.hhs.texas.gov/es/servicios/asistencia-financiera/programa-de-pago-de-las-primas-del-seguro-medico">https://www.hhs.texas.gov/es/servicios/asistencia-financiera/programa-de-pago-de-las-primas-del-seguro-medico</a><br>Teléfono: 1-800-440-0493                                                                                                                                                                                       | Utah’s Premium Partnership for Health Insurance (UPP)<br>Sitio web: <a href="https://medicaid.utah.gov/upp/">https://medicaid.utah.gov/upp/</a><br>Por correo electrónico: <a href="mailto:upp@utah.gov">upp@utah.gov</a><br>Teléfono: 1-888-222-2542<br>Sitio web de expansión para adultos:<br><a href="https://medicaid.utah.gov/expansion/">https://medicaid.utah.gov/expansion/</a><br>Sitio web de Programa de compra de Medicaid de Utah:<br><a href="https://medicaid.utah.gov/buyout-program/">https://medicaid.utah.gov/buyout-program/</a><br>Sitio web de CHIP: <a href="https://chip.utah.gov/espanol/">https://chip.utah.gov/espanol/</a> |
| VERMONT – Medicaid                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | VIRGINIA – Medicaid y CHIP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Sitio web:<br><a href="https://dvha.vermont.gov/members/Medicaid/hipp-program">https://dvha.vermont.gov/members/Medicaid/hipp-program</a><br>Teléfono: 1-800-250-8427                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Sitio web:<br><a href="https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select">https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select</a><br><a href="https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs">https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs</a><br>Teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924                                                                                                                                                                   |
| WASHINGTON – Medicaid                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | WEST VIRGINIA – Medicaid y CHIP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Sitio web: <a href="http://www.hca.wa.gov">http://www.hca.wa.gov</a><br>Teléfono: 1-800-562-3022                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Sitio web: <a href="https://dhhr.wv.gov/bms/">https://dhhr.wv.gov/bms/</a><br><a href="http://mywvhipp.com/">http://mywvhipp.com/</a><br>Teléfono de Medicaid: 304-558-1700<br>Teléfono gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

| WISCONSIN – Medicaid y CHIP                                                                                                                                            | WYOMING – Medicaid                                                                                                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sitio web: <a href="https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm">https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm</a><br>Teléfono: 1-800-362-3002 | Sitio web: <a href="https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/">https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/</a><br>Teléfono: 1-800-251-1269 |

Para saber si otros estados han agregado el programa de asistencia con primas desde el 31 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](http://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](http://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](mailto:ebsa.opr@dol.gov) y hacer referencia al número de control de la OMB 1210-0137.

Número de Control de OMB 1210-0137 (vence al 31 de enero de 2026)

## Sus derechos y protecciones contra facturas médicas sorpresa

Cuando recibe atención de emergencia o recibe tratamiento de un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, está protegido de la facturación sorpresa o la facturación de saldos.

### ¿Qué es la «facturación de saldos» (a veces llamada «facturación sorpresa»)?

Cuando consulta a un médico u otro proveedor de atención médica, es posible que deba pagar ciertos costos de desembolso directo, como un copago, un coseguro o un deducible. Es posible que tenga otros costos o tenga que pagar la factura completa si consulta a un proveedor o visita un centro de atención médica que no está en la red de su plan de salud.

«Fuera de la red» describe a los proveedores y centros que no han firmado un contrato con su plan de salud. Es posible que a los proveedores fuera de la red se les permita facturar la diferencia entre lo que su plan acordó pagar y el monto total cobrado por un servicio. A esto se lo denomina **«facturación de saldos»**. Es probable que este monto sea mayor que los costos dentro de la red para el mismo servicio y es posible que no cuente para su límite anual de desembolso directo.

La «facturación sorpresa» es una factura de saldo inesperada. Esto puede suceder cuando no puede controlar quién participa en su atención, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una visita en un establecimiento dentro de la red pero inesperadamente es tratado por un proveedor fuera de la red.

### Usted está protegido de la facturación de saldos para:

#### **Servicios de emergencia**

Si tiene una afección médica de emergencia y recibe servicios de emergencia de un proveedor o centro fuera de la red, lo máximo que el proveedor o centro puede facturarle es el monto de costos compartidos dentro de la red de su plan (como los copagos y el coseguro). **No se le puede** facturar el saldo de estos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que puede obtener después de estar en condición estable, a menos que dé su consentimiento escrito y renuncie a sus protecciones para que no se le facture el saldo por estos servicios posteriores a la estabilización. En ciertas circunstancias, las leyes estatales que rigen las facturas sorpresa también pueden aplicarse (o pueden aplicarse en lugar de estas reglas). Para obtener más información, contáctese con el administrador de reclamos que aparece en la portada de este cuadernillo de aviso legal.

#### **Ciertos servicios en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red**

Cuando usted recibe servicios de un hospital o centro quirúrgico ambulatorio que está dentro de la red, ciertos proveedores de ese lugar pueden estar fuera de la red. En estos casos, lo máximo que esos proveedores pueden facturarle es el monto de costos compartidos dentro de la red de su plan. Esto se aplica a los servicios de medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, cirujano asistente, médico hospitalista o intensivista. Estos proveedores **no pueden** facturar los saldos y es posible que **no** le pidan que renuncie a sus protecciones para que no se le facture el saldo.

Si recibe otros servicios en estos centros dentro de la red, los proveedores fuera de la red **no pueden** facturarle el saldo, a menos que dé su consentimiento escrito y renuncie a sus protecciones.

Según las reglas federales, nunca se le exige que renuncie a las protecciones de la facturación de saldos. Tampoco está obligado a recibir atención fuera de la red. Usted puede elegir un proveedor o centro que sea parte de la red de su plan.

En ciertas circunstancias, las leyes estatales que rigen las facturas sorpresa también pueden aplicarse (o pueden aplicarse en lugar de estas reglas). Para obtener más información, contáctese con el administrador de reclamos que aparece en la portada de este cuadernillo de aviso legal.

**Cuando no se permite la facturación de saldos, también tiene las siguientes protecciones:**

- Usted solo es responsable de pagar su parte del costo (como los copagos, el coseguro y los deducibles que pagaría si el proveedor o el centro estuviera dentro de la red). Su plan de salud pagará directamente a los proveedores y centros fuera de la red.
- Generalmente, su plan de salud deberá:
  - cubrir los servicios de emergencia sin solicitarle la aprobación de los servicios por adelantado (autorización previa)
  - cubrir los servicios de emergencia brindados por proveedores fuera de la red
  - basar lo que usted le debe al proveedor o centro (costo compartido) en lo que pagaría a un centro o proveedor de la red y mostrar ese monto en su explicación de beneficios
  - contar todo monto que pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red para su deducible y para el límite de desembolso directo

**Si cree que se le ha facturado incorrectamente,** contáctese con el administrador de reclamos que aparece en la portada de este cuadernillo de aviso legal.