

# GUÍA DE BENEFICIOS PARA EMPLEADOS

1 de abril de 2023 - 31 de marzo de 2024



dal 2004  
**tutta bella**<sup>TM</sup>  
**NEAPOLITAN  
PIZZERIA**

# LE DAMOS LA BIENVENIDA

---



Esta guía contiene información sobre su paquete de beneficios para ayudarle a tomar decisiones informadas sobre su bienestar general. Le recomendamos que se tome un tiempo para revisar sus opciones y elegir la cobertura adecuada para usted y su familia.

Resumen de Beneficios

Información de Contacto

Resumen de Costos

Información Importante y Avisos Anuales Obligatorios

Si usted (y/o sus dependientes) tienen Medicare o serán elegibles para Medicare en los próximos 12 meses, una ley federal le brinda más opciones sobre su cobertura de medicamentos recetados. Consulte el Aviso de la Parte D de Medicare al final de esta Guía para obtener más detalles.

*AVISO IMPORTANTE: Para obtener detalles completos, incluidos los términos, exclusiones y limitaciones del plan, consulte los folletos de su aseguradora. En caso de ambigüedad o inconsistencia entre esta guía y el folleto de la aseguradora, las disposiciones de los documentos del seguro sustituirán a la información que figura en la guía.*

# Asistencia de Seguro

Los Defensores de beneficios del Centro de Servicios para Empleados pueden ayudarlo con preguntas sobre beneficios y temas vinculados a las reclamaciones para usted y los miembros de su familia cubiertos. Son personas especialmente capacitadas que pueden responder sus preguntas sobre seguros. **Este es un servicio confidencial que se le brinda sin costo alguno para usted. Toda la información personal de salud es confidencial.**



**EMPLOYEE  
SERVICE  
CENTER**

[mcm.esc@assuredpartners.com](mailto:mcm.esc@assuredpartners.com)

1-888-343-3330 | TTY/TDD: 1-855-877-4726  
Lunes a viernes de 7:30 a.m. a 5:00 p.m. hora del Pacífico

*Servicios de interpretación de idiomas disponibles*

## Información de Contacto

Beneficio	Compañía de seguros	Contacto	Sitio web
Servicios médicos/Recetas	<b>Kaiser Permanente</b> Virtual Plus Grupo #: 219810 Access PPO Grupo #: 8519300	888.901.4636 Línea de enfermería: 800.297.6877	<a href="#">Red: Access PPO</a> <a href="#">Red: Virtual Plus- Connect</a> <a href="http://www.kp.org/wa">www.kp.org/wa</a>
Dentales Voluntaria Seguro de Vida e Incapacidad	<b>Principal</b> Grupo n.º: 1108713	800.986.3343	<a href="#">Dentales Red: PPO</a> <a href="http://www.principal.com">www.principal.com</a>
Oftalmológico Voluntaria	<b>Principal via VSP</b>	800.877.7195	<a href="#">Red: VSP Choice</a> <a href="http://www.vsp.com">www.vsp.com</a>
Sitio web de beneficios	<b>Sitio web de beneficios</b>	Nombre de usuario: tuttabella Contraseña: benefits	<a href="https://tuttabellabenefits.com">https://tuttabellabenefits.com</a>

# Salud y Bienestar

## Beneficios Médicos y de Medicamentos Recetados

### Kaiser Permanente

Opciones de Plan	Virtual Plus	Access PPO
<b>Red</b>	<b>En red Virtual Plus Virtual Plus - Connect Red</b>	<b>En red Access PPO Kaiser Permanente First Choice Health (WA, OR, ID, AK y MT) First Health (para todos los demás estados)</b>
<b>Deducible por año calendario</b>	\$1,500 Individual / \$3,000 Familiar	\$2,000 Individual / \$4,000 Familiar
<b>Máximo desembolso del asegurado por año calendario</b>	\$5,000 Individual / \$10,000 Familiar	\$5,500 Individual / \$11,000 Familiar
<b>Coseguro</b>	20%	20%
<b>Cuidado preventivo</b>	Cubierto en su totalidad, sin deducible	Cubierto en su totalidad, sin deducible
<b>Visitas al consultorio del médico</b> (no preventivas)	Visita virtual: Cubierto en su totalidad sin deducible Referido: copago de \$20 sin deducible No referido: 20% después del deducible	Copago de \$35, sin deducible Copago de \$25, sin deducible en los proveedores de Kaiser
<b>Visita al consultorio del especialista</b>	Visita virtual: Cubierto en su totalidad sin deducible Referido: copago de \$40 sin deducible No referido: 20% después del deducible	Copago de \$35, sin deducible Copago de \$25, sin deducible en los proveedores de Kaiser
<b>Atención de Urgencia</b>	Copago de \$20* no se aplica deducible	Copago de \$35, sin deducible Copago de \$25, sin deducible en los proveedores de Kaiser
<b>Laboratorio y radiología</b>	20% después del deducible	20% después del deducible
<b>Atención hospitalaria para pacientes internados</b>	20% después del deducible	20% después del deducible
<b>Sala de emergencias</b>	Copago de \$200 20% después del deducible	Copago de \$200 20% después del deducible
<b>Medicamentos recetados de venta al por menor</b> Suministro para 30 días	\$15/\$35/\$150 (genérico preferido / marca preferida / especialidad preferida)	\$20/\$40/\$60/\$150/30%; \$10/\$20/\$30/\$150/30% en la farmacia Kaiser (genérico preferido / de marca preferida / no preferido / medicamentos especializados preferidos / medicamentos especializados no preferidos)
<b>Medicamentos recetados de pedido por correo</b> Suministro para 90 días	\$5/\$70/\$300	\$20/\$40/\$60
	<b>Fuera de la red**</b>	<b>Fuera de la red**</b>
<b>Deducible por año calendario</b>	No disponible	\$4,000 Individual / \$8,000 Familiar
<b>Máximo desembolso del asegurado por año calendario</b>	No disponible	Ilimitado
<b>Coseguro</b>	No disponible	50%

\*Virtual Plus: la atención en las clínicas ambulatorias de Kaiser Permanente no se considera atención de urgencia y requiere una derivación para pagar el costo de desembolso más bajo. Para encontrar centros de atención de urgencia dentro de la red en su área, visite [kp.org/wa/find-a-doctor](http://kp.org/wa/find-a-doctor); no se requiere una referencia para recibir un costo de desembolso más bajo.

\*\*Virtual Plus: los beneficios y proveedores fuera de la red no están disponibles con este plan.

\*\*Access PPO: Los proveedores fuera de la red pueden facturarle el saldo de los cargos por encima del monto permitido no contratado. Los cargos de saldo facturado no cuentan para su deducible o desembolso máximo. Sin embargo, la Ley sin sorpresas lo protege de la facturación del saldo en ciertas circunstancias: atención de emergencia, servicios prestados en centros dentro de la red por proveedores específicos fuera de la red (como anesthesiólogos y radiólogos) y cargos de ambulancia aérea. En estas situaciones, esos proveedores tienen prohibido facturarle el saldo por cualquier diferencia entre el monto de pago del plan y sus cargos facturados.

	Access PPO	Virtual Plus - Connect Red
¿Cómo funciona mi plan?	Puede elegir entre una amplia red de proveedores de atención primaria y especializada preferidos, incluidos los centros médicos de Kaiser Permanente. También tiene la opción de recibir atención a través de redes regionales y nacionales.	Virtual Plus le brinda formas convenientes de comenzar su atención virtualmente con atención en persona referida cuando la necesite. No se requieren remisiones para atención de urgencia o de emergencia. <ul style="list-style-type: none"> <li>» Cargo de \$0 por atención virtual, atención preventiva y su <u>primera</u> visita de atención primaria en persona.</li> <li>» Costo de bolsillo más bajo para la atención en persona que recibe a través de una remisión. Costo de bolsillo más alto para la mayoría de la atención en persona que recibe sin una remisión.</li> <li>» Comience con cualquiera de estas opciones virtuales sin cargo: visita electrónica, chat de atención las 24 horas, los 7 días de la semana, cita telefónica, visita por video, enfermera consultora las 24 horas, los 7 días de la semana o correo electrónico (para preguntas que no sean urgentes).</li> </ul>
¿Dónde encuentro cobertura dentro de la red?	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Visite <a href="http://kp.org/wa/find-a-doctor">kp.org/wa/find-a-doctor</a> para obtener atención con los médicos de Kaiser Permanente y otros proveedores de la red a través de la red Access PPO.</li> <li>» Los médicos y las farmacias de Kaiser Permanente Washington ofrecen un beneficio mejorado: copagos o costos compartidos más bajos para visitas al consultorio y algunos medicamentos.</li> <li>» Para obtener cobertura adicional dentro de la red a través de First Choice Network, visite <a href="http://fchn.com/ProviderSearch/KFHPWAO">fchn.com/ProviderSearch/KFHPWAO</a> (Alaska, Idaho, Montana, Oregón y Washington).</li> <li>» Para obtener cobertura adicional dentro de la red a través de First Health Network, visite <a href="http://myfirsthealth.com">myfirsthealth.com</a> (para todos los demás estados).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Visite <a href="http://kp.org/wa/getcare">kp.org/wa/getcare</a> para obtener atención virtual con los médicos de Kaiser Permanente.</li> <li>» Visite <a href="http://kp.org/wa/find-a-doctor">kp.org/wa/find-a-doctor</a> para obtener atención en persona con los médicos de Kaiser Permanente y otros proveedores de la red, a través de la red Virtual Plus-Connect.</li> <li>» Durante su visita de atención virtual, si lo remiten para recibir atención en persona, los costos de su bolsillo serán más bajos que si busca atención en persona inicialmente.</li> </ul> <p>La red Virtual Plus Connect incluye médicos y hospitales en los condados de King, Kitsap, Pierce, Snohomish, Spokane y Thurston. Sus consultorios médicos ofrecen atención primaria, servicios de farmacia, radiografías, laboratorio y varios servicios especializados, todo bajo un mismo techo.</p>
¿Tengo cobertura fuera de la red?	Sí, los proveedores fuera de la red pueden facturarle el saldo de los cargos por encima del monto permitido no contratado. Los montos del saldo facturado no se acumulan para su desembolso máximo.	No, los beneficios y proveedores fuera de la red no están disponibles con este plan.
¿Cómo funciona la atención de emergencia con mi plan?	Tiene cobertura para atención de emergencia y atención de urgencia médicamente necesaria en cualquier parte del mundo. Se incluyen todas las instalaciones médicas de Kaiser Permanente, junto con la red regional First Choice Health y la red nacional First Health.	Puede recibir atención de emergencia en cualquier departamento de emergencia de un hospital de Kaiser Permanente o que no sea de Kaiser Permanente. No necesita una referencia. <ul style="list-style-type: none"> <li>» Si necesita atención de emergencia y es admitido en un hospital fuera de la red, usted o un miembro de su familia debe notificar a Kaiser dentro de las 48 horas posteriores al inicio de la atención, o tan pronto como sea razonablemente posible. Llame a la línea de notificación que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro de Kaiser Permanente para asegurarse de que se acepte su reclamo. Guarde los recibos y otros documentos de atención fuera de la red. Deberá enviarlos con cualquier reclamo de reembolso.</li> </ul>
¿Cómo lleno un prescripción?	Tiene acceso dentro de la red a la red de farmacias de OptumRx en <a href="http://kp.org/wa/optumrx-wa">kp.org/wa/optumrx-wa</a> , que incluye muchas cadenas de farmacias conocidas, además de las farmacias enumeradas en <a href="http://kp.org/wa/find-a-doctor">kp.org/wa/find-a-doctor</a> . Servicios de recetas ofrecidos: entrega de recetas a domicilio, entrega de recetas el mismo día y recargas automáticas de recetas.	Obtenga un suministro de hasta 30 días de su <u>primera</u> receta en una farmacia de la red o mediante pedido por correo, luego obtenga la mayoría de los resurtidos mediante pedido por correo al costo más bajo. La entrega es gratuita y generalmente llega en tan solo 1 o 2 días. Si su medicamento no se puede enviar por correo, puede obtener un suministro de hasta 30 días en una farmacia de la red.

# Salud y Bienestar

---

Encuentre la atención adecuada para usted

## HAGA CLIC

### Telesalud

La telesalud le permite conectarse con su médico sin necesidad de ir al consultorio del médico. Puede hablar con un médico en vivo por teléfono, chat de video o mensajería en vivo. La telesalud está diseñada para que pueda recibir atención cuando la necesite, en su propio horario, al alcance de su mano.

## LLAME

### Línea de Enfermería

¿Necesita apoyo inmediato o tiene una pregunta de salud? A través de la línea de enfermería, tiene acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana, a enfermeras certificadas para cualquiera de sus preguntas o inquietudes. Este servicio puede ayudarlo a evitar atención de urgencia innecesaria o visitas a la sala de emergencias y tomar la mejor decisión para usted y su familia, sobre cualquier problema relacionado con la salud.

## CONCURRA

### Visita al Consultorio

A veces, acudir a una clínica o al consultorio médico es la mejor opción para ciertas inquietudes o preguntas médicas. Al participar en una visita al consultorio, recibe atención personalizada de su médico. Las visitas al consultorio le permiten obtener la atención práctica que pueda necesitar.

### Atención de Urgencia

¿Tiene una inquietud que debe abordarse en persona con un médico real en vivo, pero es después del horario habitual de su médico o no puede obtener una cita? La atención de urgencia es la mejor opción para cuando necesita que lo atiendan de inmediato por un problema que no pone en peligro la vida.

**Para obtener información sobre cómo acceder a estos recursos, visite la página de recursos adicionales de Kaiser que se proporciona en esta guía de beneficios.**

# Salud y Bienestar

## Beneficios dentales voluntarios

### Principal

Características del Plan	Dentalnetwork	No participante*
Deducible por año calendario	\$0	\$25 individual \$75 familiar
Beneficio Máximo por Año Calendario	\$1,000 individual	
Clase I: Servicios Preventivos y de Diagnóstico	Cubierto en su totalidad, no se aplica deducible	20% después del deducible
Clase II: Servicios básicos y restaurativos	20% después del deducible	30% después del deducible
Clase III: Servicios principales	50% después del deducible	60% después del deducible

\*Los dentistas no participantes pueden facturarle la diferencia entre sus cargos facturados y la tarifa contratada.

## Beneficios de la vista voluntarios

### Principal via VSP

Características del Plan	Red de Oftalmología
Copagos	\$10 de copago por examen \$25 de copago por anteojos Hasta \$60 de copago por examen de lentes de contacto
Examen	Una vez cada 12 meses
Lentes	Una vez cada 12 meses » Lentes monofocales, bifocales con línea y trifocales con línea cubiertos en su totalidad » Mejoras de lentes disponibles con un ahorro promedio del 30 %
Monturas	Asignación de \$130, con un 20 % de ahorro en el monto que supere su asignación Una vez cada 24 meses
Lentes de contacto	Asignación de \$130 en lugar de accesorios Una vez cada 12 meses

Para obtener beneficios fuera de la red, comuníquese con el servicio de atención al cliente.

## Seguro de Vida y Seguro por Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D)

Ofrecemos seguros de vida y seguros por muerte y desmembramiento accidental a través de Principal para empleados elegibles sin costo alguno para usted.

### Principal

Monto del beneficio	\$15,000
Reducción de beneficios por edad	Comienza a los 65 años

# Salud y Bienestar

---

## Empleado de hora variable:

- » Un empleado es un empleado de horario variable si, con base en los hechos y circunstancias en la fecha en que el empleado comienza a brindar servicios al empleador (la fecha de inicio), no se puede determinar que se espera razonablemente que el empleado trabaje en promedio al menos 30 horas por semana. Como restaurante con diferentes duraciones de turnos, ciclos comerciales, horarios flexibles y horas que se asignan en parte en función del desempeño, es difícil tener esta expectativa al momento de la contratación para muchos puestos de restaurante.
- » Los empleados de horas variables son elegibles para los beneficios del seguro si promedian al menos 30 horas por semana durante un período de medición. Hay dos tipos de período de medición; "Inicial" y "En curso".

### Período de medición "inicial" de 6 meses para nuevos empleados

Las nuevas contrataciones se miden 6 meses desde su fecha de contratación.

Al mismo tiempo, están en tránsito hacia el período de medición "Continuo" que se describe a continuación.

Ejemplo: la fecha de contratación del empleado es el 1 de noviembre de 2022

Período de medición: 1 de noviembre de 2022 al 30 de abril de 2023

Período de administración: 1 de mayo de 2023 - 31 de mayo de 2023

Período de estabilidad: 1 de junio de 2023 - 30 de noviembre de 2023

### Período de medición "continuo" de 6 meses

1st Período de medición: 1 de agosto al 31 de Enero

1st período de administración: 1 de febrero al 31 de marzo

1st Período de estabilidad: 1 de abril al 30 de Septiembre

2nd Período de medición: 1 de febrero al 31 de julio

2nd Período de administración: del 1 de agosto al 30 de septiembre

2nd Período de estabilidad: 1 de octubre al 31 de marzo

- » Además de los períodos de medición, verá el período "Administrador" que se utiliza para determinar la elegibilidad, administrar la información de cobertura y la inscripción del proveedor. Si un empleado se mide durante 6 meses y tiene un promedio de 30 o más horas por semana, será elegible para que la cobertura del seguro entre en vigencia el primer día del mes posterior al final del período administrativo. En el ejemplo anterior, los beneficios del seguro, si se eligen, entrarían en vigencia el 1 de junio. Tenga en cuenta que los períodos de administración son de 30 días para las nuevas contrataciones y de 60 días para las continuas.
- » El período de "estabilidad" es el tiempo que un empleado seguirá siendo elegible para los beneficios del seguro antes de que se vuelva a medir para determinar si sigue siendo elegible de manera continua.

## Empleados por hora a tiempo completo (contratados para un puesto de tiempo completo):

- » Un empleado de tiempo completo es un empleado que es contratado para un puesto con la expectativa firme de que se trabajarán al menos 30 horas por semana. Como restaurante con diferentes duraciones de turnos, ciclos comerciales, horarios flexibles y horas que se asignan en parte en función del desempeño, es difícil tener esta expectativa al momento de la contratación para muchos puestos de restaurante.
- » Si el empleado contratado a tiempo completo trabaja 30 horas o más por semana y se espera que continúe haciéndolo, entonces el empleado será elegible para los beneficios del seguro a partir del 1st del mes siguiente a los 60 días.

# Salud y Bienestar

---

## Empleados asalariados y gerentes

- » Elegible para la inscripción del seguro en la fecha de contratación o promoción.
- » La inscripción es efectiva el día 1 del mes siguiente a la fecha de contratación o promoción.

## Proceso de inscripción para todos los empleados elegibles

- » Los restaurantes son notificados cada mes de cualquier empleado que, en función del cumplimiento de los requisitos de elegibilidad, sea elegible para la inscripción en el seguro a partir del 1st del mes siguiente. El restaurante proporcionará al nuevo empleado elegible una descripción del paquete de beneficios, el formulario de inscripción y los formularios de renuncia a la cobertura.
- » La inscripción entra en vigencia el primer día del mes siguiente al período administrativo si el empleado elige la cobertura completando y entregando el Formulario de inscripción de seguro dentro del tiempo especificado.
- » Todos los nuevos empleados elegibles deben inscribirse o firmar una renuncia a la cobertura.
- » Cualquier empleado elegible que renuncie a la cobertura no volverá a ser elegible hasta la inscripción abierta en marzo siguiente, para la cobertura a partir del 1 de abril, a menos que experimente un evento calificador (es decir, pérdida de otra cobertura sin culpa propia, matrimonio, nacimiento o adopción de un niño).

## Contribución a las primas de seguro

- » Cada empleado inscrito en la cobertura pagará el 50% de la prima mensual de la cobertura del seguro médico Tutta Bella Virtual Plus. Si elige la cobertura médica de Access PPO, el empleado pagará la diferencia en la prima entre los dos planes además del 50%. La cobertura dental y de la vista es 100% pagada por el empleado. El empleado paga el 100 % de la cobertura del cónyuge y dependientes después de la deducción de la porción exclusiva del empleado. La parte de la prima mensual del empleado se deduce automáticamente antes de impuestos de su cheque de pago durante los dos primeros períodos de pago de cada mes.

## Tras la separación del empleo

- » Todos los beneficios del seguro terminan al final del mes en que el empleado se separa del empleo, o el último día del mes por el cual se han pagado las primas.

# Recursos Adicionales

## Recursos para Miembros de Kaiser Permanente

### Aplicación de Kaiser Permanente

Es fácil conectarse a la atención y obtener recursos útiles directamente desde su teléfono. Use la aplicación de Kaiser Permanente para:

- » Resurtir recetas
- » Enviar un mensaje a su equipo de atención y acceder a Care Chat
- » Usar su tarjeta digital de identificación como afiliado
- » Revisar los resúmenes posteriores a la visita
- » Ver sus documentos de cobertura



### kp.org/wa

Cuando configure una cuenta en [kp.org/wa](https://kp.org/wa), podrá encontrar un médico, verificar el estado de sus reclamaciones, comparar costos, utilizar los recursos de bienestar de Kaiser, resurtir recetas, acceder a atención virtual, usar recursos de salud y bienestar, y mucho más.

### Servicio de enfermería para consulta

Comuníquese con una línea de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana, que brinda apoyo inmediato para problemas y preguntas de salud cotidianas. Ofrecemos este servicio además de su plan médico para ayudarlo a obtener información y apoyo cuando lo necesite. Llame al **1-800-297-6877** para hablar con una enfermera y obtener ayuda para evitar cualquier visita innecesaria al médico o a la sala de emergencias.

### Chat de atención y visitas electrónicas

Care Chat es una función de mensajería en línea que le permite obtener atención médica en tiempo real de un proveedor de atención de Kaiser Permanente. Está disponible los 7 días de la semana. Si sus síntomas no se pueden diagnosticar a través de Care Chat, tiene la opción de obtener atención personalizada a través de una visita electrónica en línea sin necesidad de cita, conectándolo con la atención adecuada. Puede acceder a estas funciones a través de la aplicación móvil o visitando [kp.org/wa/getcare](https://kp.org/wa/getcare) e iniciando sesión en su portal para miembros.

### Cuidado mientras viaja

Si viaja dentro de otra región de Kaiser Permanente, fuera del área de servicio de Washington:

- » Llame a servicios para miembros al **1-888-901-4636** para obtener un número de identificación de afiliado visitante y poder pagar su copago y coseguro estándar.

Cuando viaje en un área sin una instalación de Kaiser Permanente en el plan Access PPO:

- » Pague su copago y coseguro estándar buscando el proveedor más cercano de First Health o de la red de First Choice Health o visite el servicio de urgencia CVS MinuteClinic o Concentra más cercano.

# Recursos Adicionales

## Recursos para Miembros Principales

### Descuentos y Servicios

Principal ofrece descuentos para ayudarlo a mejorar su vida financiera, mental y física. Lea a continuación algunos ejemplos de formas en las que puede ahorrar. Visite [principal.com](http://principal.com) para obtener más información:

- » Corrección visual por láser
- » Exámenes y equipos de audición
- » Línea de apoyo a la salud emocional
  - » Conéctese con médicos licenciados en salud conductual que brindarán apoyo emocional y referencias a recursos locales las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Llame al **1-800-424-4612**.

### Asistencia de Viaje

Ya sea que viaje aquí en los Estados Unidos o salga del país, puede confiar en AXA para que su experiencia de viaje transcurra sin contratiempos. Y debido a que está cubierto por un seguro de vida grupal a término de Principal, tiene acceso a muchos servicios de asistencia de viaje de forma gratuita, sin importar si viaja por negocios o por placer.

#### Acceso a su Asistencia de Viaje

Llame al **1-888-647-2611** en los EE. UU.  
Llame por cobrar al **630-766-7696** fuera de los EE. UU.

Visite [principal.com/travelassistance](http://principal.com/travelassistance)

### Preparación de testamento

Tener los documentos adecuados en su lugar puede ayudar a garantizar que todavía tenga el control en caso de que le suceda algo. Con los recursos gratuitos en línea de ARAG, usted y/o su cónyuge pueden crear estos documentos:

- » Crear y actualizar su testamento
- » Otorgar a alguien su poder notarial de atención médica
- » Crear y actualizar su testamento vital
- » Otorgar consentimiento para que el personal médico brinde atención a las personas a su cargo si usted está ausente

Visite [aragwills.com/principal](http://aragwills.com/principal) para comenzar.

Este servicio también le brinda acceso a la prevención y asistencia contra el robo de identidad en caso de ser víctima de ello. Llame al **1-800-642-3788** si tiene preguntas o para obtener servicios.

# Resumen de Costos

A continuación se detalla el costo mensual para inscribirse en nuestros planes de beneficios. Estas tarifas son válidas desde 1 de abril de 2023 al 31 de marzo de 2024.

<b>Servicios médicos/Recetas</b>			
	<b>\$204.94</b>		
	<b>Prima total</b>	<b>Tutta Bella paga</b>	<b>Usted paga</b>
<b>Empleado</b>	\$403.94	\$204.94	\$199.00
<b>Para el empleado y su cónyuge/PD*</b>	\$1,054.24	\$204.94	\$849.30
<b>Empleado e hijo(s)</b>	\$767.48	\$204.94	\$562.54
<b>Para el empleado y su familia</b>	\$1,417.78	\$204.94	\$1,212.84

<b>Servicios médicos/Recetas</b>			
	<b>Prima total</b>	<b>Tutta Bella paga</b>	<b>Usted paga</b>
<b>Empleado</b>	\$499.31	\$204.94	\$294.37
<b>Para el empleado y su cónyuge/PD*</b>	\$1,303.16	\$204.94	\$1,098.22
<b>Empleado e hijo(s)</b>	\$948.70	\$204.94	\$743.76
<b>Para el empleado y su familia</b>	\$1,752.54	\$204.94	\$1,547.60

<b>Vida</b>			
	<b>Prima total</b>	<b>Tutta Bella paga</b>	<b>Usted paga</b>
<b>Empleado</b>	\$2.75	\$1.37	\$1.37

<b>Odontología Voluntaria</b>		
	<b>Prima total</b>	<b>Usted paga</b>
<b>Empleado</b>	\$31.90	\$31.90
<b>Para el empleado y su cónyuge/PD*</b>	\$62.34	\$62.34
<b>Empleado e hijo(s)</b>	\$82.39	\$82.39
<b>Para el empleado y su familia</b>	\$118.89	\$118.89

<b>Visión Voluntaria</b>		
	<b>Prima total</b>	<b>Usted paga</b>
<b>Empleado</b>	\$5.31	\$5.31
<b>Para el empleado y su cónyuge/PD*</b>	\$11.19	\$11.19
<b>Empleado e hijo(s)</b>	\$11.96	\$11.96
<b>Para el empleado y su familia</b>	\$19.16	\$19.16

Pareja de hecho\*

Las primas se deducen automáticamente antes de impuestos a menos que usted indique lo contrario a RR. HH. No puede realizar cambios en sus elecciones a mediados de año cuando las primas se deducen antes de impuestos, a menos que experimente un evento que permita el cambio de elección. En ese caso, generalmente tiene 30 días desde el momento del evento para realizar un cambio.

Si extiende su cobertura a una pareja de hecho (o a los dependientes de una pareja de hecho), las deducciones se realizarán después de impuestos, a menos que su pareja de hecho califique como dependiente según la Sección 152 del Código de Rentas Internas (IRC). Además, a menos que su pareja de hecho reúna los requisitos según la Sección 152 del IRC, nuestro aporte a las primas de su pareja de hecho se incluirá en sus ingresos imponibles.

# Glosario de Términos de Seguros

Los siguientes ejemplos son solo para fines ilustrativos.



## Deducible

El monto que debe por los servicios de atención médica antes de que el seguro comience a pagar. Por ejemplo, si su deducible es de \$1,000, su plan no pagará ciertos servicios hasta que alcance su deducible de \$1,000. *El deducible no se aplica a todos los servicios. Consulte el resumen de su plan para obtener más detalles.*



## Coseguro

Su parte de los costos de un servicio de atención médica cubierto, calculado como un porcentaje (por ejemplo, 20%) del monto permitido para el servicio. Usted paga el coseguro después de alcanzar el deducible de su plan. Por ejemplo, si el monto permitido del plan de salud para una visita al consultorio es de \$100 y usted ha alcanzado su deducible, su pago de coseguro del 20% sería de \$20. El plan de salud paga el resto del monto permitido.



## Desembolso Máximo

Lo máximo que paga durante un año calendario por los servicios cubiertos dentro de la red. Una vez que haya alcanzado su desembolso máximo por año calendario, su plan de salud comienza a pagar el 100% del monto permitido por los servicios cubiertos dentro de la red por el resto de ese año calendario. *Los copagos de las visitas al consultorio, los copagos de los medicamentos recetados, los deducibles y el coseguro cuentan para su desembolso máximo.*

## Monto Permitido

Monto máximo en el que se basa el pago por servicios de atención médica cubiertos. Esto puede llamarse "asignación elegible" o "tasa negociada". Si su proveedor fuera de la red cobra más del monto permitido, es posible que usted deba pagar la diferencia.

## Facturación del Saldo

Cuando un proveedor fuera de la red le factura la diferencia entre el cargo del proveedor y el monto permitido. Por ejemplo, si el cargo del proveedor es de \$100 y el monto permitido es de \$70, el proveedor puede facturarle los \$30 restantes. Un proveedor dentro de la red no puede facturarle el saldo por los servicios cubiertos.

## Copago

Un monto fijo (por ejemplo, \$25) que paga por un servicio de atención médica cubierto, generalmente cuando en el momento de la atención. El monto puede variar según el tipo de servicio de atención médica cubierto.

## Dentro de la Red

Los centros, los profesionales y los proveedores con los que tiene contrato su plan de salud.

# Información Importante y Avisos Requeridos

## INFORMACIÓN IMPORTANTE

### DERECHOS DE CONVERSIÓN

Si está inscrito en los planes de vida/AD&D, y su empleo con ABC Company cesa, puede tener la opción de continuar su cobertura a través de las disposiciones de portabilidad o conversión de los planes. Debe presentar la solicitud dentro de los 31 días posteriores a la fecha de cese del empleo. Para determinar si alguna de estas opciones está disponible para usted, consulte su(s) certificado(s) de cobertura/folleto(s) de beneficios, o comuníquese con Recursos Humanos.

### EVENTOS DE CAMBIO DE ELECCIONES DE MITAD DE AÑO PERMITIDOS

En la mayoría de los casos, una vez que usted haya elegido sus beneficios para el año del plan, no puede cambiarlos hasta el próximo período anual de inscripción abierta, a menos que experimente un evento de cambio de elección permitido. Estos eventos incluyen:

- Cambio de estado civil legal (matrimonio, divorcio, separación legal)
- Adquisición o pérdida de elegibilidad por parte de uno de sus dependientes
- Nacimiento, adopción o colocación para adopción
- Pérdida de otra cobertura médica por parte del empleado, cónyuge o dependiente(s)
- Adquisición o pérdida de elegibilidad para Medicare o el Programa de seguro médico para niños
- (CHIP)
- Cambio de cobertura bajo el plan de salud de otro empleador

Si experimenta un evento que le permite realizar cambios en sus elecciones de beneficios, notifique a Recursos Humanos dentro de los 30 días posteriores al evento. Es posible que deba proporcionar una prueba del cambio, tal como un certificado de matrimonio o de nacimiento. Para obtener más información en relación a los cambios permitidos en la elección de mitad de año, comuníquese con Recursos Humanos.

## AVISO REQUERIDO

### AVISO DE COBERTURA ACREDITABLE DE MEDICAMENTOS RECETADOS MEDICARE PARTE D – COBERTURA DE MEDICAMENTOS CON RECETA Y MEDICARE

Por favor lea este aviso cuidadosamente y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual para recetas médicas con Tutta Bella y sus opciones bajo la cobertura de Medicare para medicamentos recetados. Además, le menciona dónde encontrar más información que le ayude a tomar decisiones sobre su cobertura para medicinas. Si usted está considerando inscribirse, debe comparar su cobertura actual, incluyendo los medicamentos que están cubiertos a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicinas recetadas en su área. Información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados se encuentra al final de este aviso.

Hay dos cosas importantes que usted necesita saber sobre su cobertura actual de Medicare y la cobertura de medicamentos recetados:

1. La nueva cobertura de Medicare para recetas médicas está disponible desde el 2006 para todas las personas con Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan de Medicare para Recetas

Médicas, o un Plan Medicare Advantage (como un PPO o HMO) que ofrece cobertura para medicamentos recetados. Todos los planes de Medicare para recetas médicas proporcionan por lo menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Además, algunos planes pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.

2. ABC Company ha determinado que se espera que la cobertura de medicamentos recetados ofrecida por el plan de salud y bienestar de la ABC Company en promedio para todos los participantes del plan, pague tanto como paga la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare y, por lo tanto, se considera Cobertura acreditable. Debido a que su cobertura actual es una cobertura acreditable, puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una multa) si luego decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

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

Usted puede inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos la primera vez que es elegible para Medicare y cada año del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Sin embargo, si pierde su cobertura actual acreditable, y no es su culpa, usted será elegible para dos (2) meses en el Período de Inscripción Especial (SEP) para suscribirse en un Plan Medicare de medicinas.

#### ¿Qué sucede con su cobertura actual si decide inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos?

Si decide inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos recetados, su cobertura actual con Tutta Bella no puede ser afectada.

Si cancela su cobertura actual con Tutta Bella y se inscribe en un plan de Medicare para recetas médicas, puede ser que más adelante ni usted ni sus dependientes no puedan obtener su cobertura de nuevo.

Comuníquese con el Departamento de Recursos Humanos o con su Defensor de beneficios para obtener más información sobre lo que sucede con su cobertura si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare.

#### ¿Cuándo usted pagará una prima más alta (penalidad) para inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos?

Usted debe saber también que si cancela o pierde su cobertura actual con Tutta Bella y deja de inscribirse en una cobertura de Medicare para recetas médicas después de que su cobertura actual termine, podría pagar más (una penalidad) por inscribirse más tarde en una cobertura de Medicare para recetas médicas.

Si usted lleva 63 días o más sin cobertura acreditable para recetas médicas que sea por lo menos tan buena como la cobertura de Medicare para recetas médicas, su prima mensual aumentará por lo menos un 1% al mes por cada mes que usted no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si usted lleva diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima siempre será por lo menos 19% más alta de lo que la mayoría de la gente paga. Usted tendrá que pagar esta prima más alta (penalidad) mientras tenga la cobertura de Medicare. Además, usted tendrá que esperar hasta el siguiente mes de octubre para inscribirse.

#### Para obtener más información sobre este aviso o su cobertura actual de medicamentos recetados:

comuníquese con la persona que se indica a continuación para obtener más información. NOTA: Recibirá este aviso todos los años. También lo obtendrá antes del próximo período en el que pueda inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y si esta cobertura a través de Tutta Bella cambia. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

#### Para más información sobre sus opciones bajo la cobertura de Medicare para recetas médicas:

Revise el manual "Medicare y Usted" para información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura para recetas médicas. Medicare le enviará por correo un ejemplar del manual. Tal vez los planes de Medicare para recetas médicas le llamen directamente.

# Información Importante y Avisos Requeridos

Asimismo, usted puede obtener más información sobre los planes de Medicare para recetas médicas de los siguientes lugares:

- Visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte su manual Medicare y Usted para obtener los números telefónicos para obtener ayuda personalizada)
- Llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.
- Para las personas con ingresos y recursos limitados, hay ayuda adicional que paga por un plan de Medicare para recetas médicas. El Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) tiene disponible información sobre esta ayuda adicional. Para más información sobre esta ayuda adicional, visite la SSA en línea en [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov) por Internet, o llámelos al 1-800-772-1213 (Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-800-325-0778).

**Recuerde: Guarde este aviso. Si se inscribe en uno de los nuevos planes aprobados por Medicare que ofrece cobertura de medicamentos recetados, tal vez necesite dar una copia de este aviso cuando se inscriba a fin de demostrar si mantiene o no una cobertura acreditable y si debe pagar una prima más alta (una penalidad).**

**Fecha:** April 1, 2023

**Nombre de la Entidad/Remitente:** Tutta Bella

**Contacto--Puesto/Oficina:** James To, Director of Human Resources

## AVISO DE DERECHOS DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL

Usted podría ser elegible para participar en el Plan de salud grupal de ABC Company. Una ley federal llamada HIPAA requiere que notifiquemos a los participantes elegibles acerca del derecho a inscribirse en el plan según su "disposición de inscripción especial".

**Pérdida de otra cobertura (excluidos Medicaid o un programa estatal de seguro médico para niños).** Si rechaza la inscripción para usted o para un dependiente elegible (incluido su cónyuge) mientras está en vigor otro seguro médico o cobertura de plan de salud colectivo, usted y sus dependientes podrían inscribirse en este plan si usted o sus dependientes perdieran la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador dejara de contribuir a la otra cobertura suya o de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores a la finalización de la otra cobertura suya o de sus dependientes (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).

**Pérdida de cobertura para Medicaid o un programa estatal de seguro médico para niños.** Si rechaza la inscripción para usted o para un dependiente elegible (incluido su cónyuge) mientras la cobertura de Medicaid o la cobertura de un programa estatal de seguro médico para niños está vigente, usted y sus dependientes podrían inscribirse en este plan si usted o sus dependientes perdieran la elegibilidad para esa otra cobertura. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la finalización de su cobertura o la de sus dependientes bajo Medicaid o un programa estatal de seguro médico para niños.

**Nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción** Si tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, es posible que pueda inscribirse usted y sus nuevos dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio o dentro de los 60 días posteriores al nacimiento, adopción o colocación para adopción.

**Elegibilidad para Medicaid o un programa estatal de seguro médico para niños.** Si usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) se vuelven elegibles para un subsidio estatal de asistencia para la prima de Medicaid o a través de un programa estatal de seguro médico para niños con respecto a la cobertura

de este plan, usted y sus dependientes podrían inscribirse en este plan. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la determinación de su elegibilidad o la de sus dependientes para recibir la asistencia.

Todas las preguntas sobre la disposición de inscripción especial del plan deben dirigirse a Recursos Humanos.

## AVISO DE LA LEY DE DERECHOS SOBRE LA SALUD Y EL CÁNCER DE LA MUJER

Este aviso se le envía según lo exige la Ley de derechos sobre la salud y el cáncer de la mujer de 1998, que establece que se le debe informar anualmente sobre la existencia de beneficios para los servicios relacionados con la mastectomía, incluida la reconstrucción y la cirugía para lograr la simetría de los senos y las prótesis y las complicaciones resultantes de una mastectomía. Consulte su folleto de beneficios médicos para obtener información adicional. *Los beneficios por estos servicios pueden estar sujetos a deducibles y coseguros anuales consistentes con los establecidos para otros beneficios.*

## 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 2022. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad –**

Para saber si otros estados han agregado el programa de asistencia con primas desde el 31 de enero de 2022, o para obtener más información sobre derechos de inscripción especial, comuníquese con alguno de los siguientes:

Departamento del Trabajo de EE.UU.

# Información Importante y Avisos Requeridos

---

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 2023)*

# Información Importante y Avisos Requeridos

<p><b>ALABAMA-Medicaid</b></p> <p>Sitio web: <a href="http://myalhipp.com/">http://myalhipp.com/</a> Teléfono: 1-855-692-5447</p>	<p><b>KENTUCKY-Medicaid</b></p> <p>Sitio web del Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP): <a href="https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx">https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx</a> Teléfono: 1-855-459-6328 Por correo electrónico: <a href="mailto:KIHIPPPROGRAM@ky.gov">KIHIPPPROGRAM@ky.gov</a> Sitio web de KCHIP: <a href="https://kidshealth.ky.gov/es/Pages/default.aspx">https://kidshealth.ky.gov/es/Pages/default.aspx</a> Teléfono: 1-877-524-4718 Sitio web de Medicaid de Kentucky: <a href="https://chfs.ky.gov/Pages/spanish.aspx">https://chfs.ky.gov/Pages/spanish.aspx</a></p>
<p><b>ALASKA-Medicaid</b></p> <p>El Programa de Pago de Alaska primas del seguro médico Sitio web: <a href="http://myakhipp.com">http://myakhipp.com</a> Teléfono: 1-866-251-4861 Por correo electrónico: <a href="mailto:CustomerService@MyAKHIPP.com">CustomerService@MyAKHIPP.com</a> Elegibilidad de Medicaid: <a href="https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx">https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx</a></p>	<p><b>LOUISIANA-Medicaid</b></p> <p>Sitio web: <a href="http://www.medicaid.la.gov">www.medicaid.la.gov</a> or <a href="http://www.ldh.la.gov/lahipp">www.ldh.la.gov/lahipp</a> Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)</p>
<p><b>ARKANSAS-Medicaid</b></p> <p>Sitio web: <a href="http://myarhipp.com/">http://myarhipp.com/</a> Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)</p>	<p><b>MAINE-Medicaid</b></p> <p>Sitio web por inscripción: <a href="https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms">https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms</a> Teléfono: 1-800-442-6003 / TTY: Maine relay 711 Página Web por primos de seguro de salud privado: <a href="https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms">https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms</a> Teléfono: 800-977-6740 / TTY: Maine relay 711</p>
<p><b>CALIFORNIA-Medicaid</b></p> <p>Sitio web: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program <a href="http://dhcs.ca.gov/hipp">http://dhcs.ca.gov/hipp</a> Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Por correo electrónico: <a href="mailto:hipp@dhcs.ca.gov">hipp@dhcs.ca.gov</a></p>	<p><b>MASSACHUSETTS-Medicaid y CHIP</b></p> <p>Sitio web: <a href="https://www.mass.gov/masshealth/pa">https://www.mass.gov/masshealth/pa</a> Teléfono: 1-800-862-4840 / TTY: (617) 886-8102</p>
<p><b>COLORADO-Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)</b></p> <p>Sitio web de Health First Colorado: <a href="https://www.healthfirstcolorado.com/es">https://www.healthfirstcolorado.com/es</a> Centro de atención al cliente de Health First Colorado: 1-800-221-3943/ retransmisor del estado: 711 CHP+: <a href="https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus">https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus</a> 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): <a href="https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/health-insurance-buy-program">https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/health-insurance-buy-program</a> Atención al cliente de HIBI: 1-855-692-6442</p>	<p><b>MINNESOTA-Medicaid</b></p> <p>Sitio web: <a href="https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp">https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp</a> Teléfono: 1-800-657-3739</p>
<p><b>FLORIDA-Medicaid</b></p> <p>Sitio web: <a href="https://www.flmedicaidprecovery.com/flmedicaidprecovery.com/hipp/index.html">https://www.flmedicaidprecovery.com/flmedicaidprecovery.com/hipp/index.html</a> Teléfono: 1-877-357-3268</p>	<p><b>MISSOURI-Medicaid</b></p> <p>Sitio web: <a href="http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm">http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm</a> Teléfono: 573-751-2005</p>
<p><b>GEORGIA-Medicaid</b></p> <p>Sitio web de GA HIPP: <a href="https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp">https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp</a> Teléfono: 678-564-1162, Presiona 1 GA CHIPRA Sitio web: <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> Teléfono: (678) 564-1162, Presiona 2</p>	<p><b>MONTANA-Medicaid</b></p> <p>Sitio web: <a href="http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP">http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP</a> Teléfono: 1-800-694-3084 Por correo electrónico: <a href="mailto:HSHSHIPProgram@mt.gov">HSHSHIPProgram@mt.gov</a></p>
<p><b>INDIANA-Medicaid</b></p> <p>Healthy Indiana Plan para adultos de bajos ingresos 19-64 Sitio web: <a href="http://www.in.gov/fssa/hip/">http://www.in.gov/fssa/hip/</a> Teléfono: 1-877-438-4479 Todos los demás Medicaid Sitio web: <a href="https://www.in.gov/medicaid/">https://www.in.gov/medicaid/</a> Teléfono: 1-800-457-4584</p>	<p><b>NEBRASKA-Medicaid</b></p> <p>Sitio web: <a href="http://www.ACCESSNebraska.ne.gov">http://www.ACCESSNebraska.ne.gov</a> Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178</p>
<p><b>IOWA-Medicaid y CHIP (Hawki)</b></p> <p>Sitio web de Medicaid: <a href="https://dhs.iowa.gov/ime/members">https://dhs.iowa.gov/ime/members</a> Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366 Sitio web de Hawki: <a href="http://dhs.iowa.gov/Hawki">http://dhs.iowa.gov/Hawki</a> Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563 Sitio web de HIPP: <a href="https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp">https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp</a> Teléfono de HIPAA: 1-888-346-9562</p>	<p><b>NEVADA-Medicaid</b></p> <p>Medicaid Sitio web: <a href="http://dhcnp.nv.gov">http://dhcnp.nv.gov</a> Medicaid Teléfono: 1-800-992-0900</p>
<p><b>KANSAS-Medicaid</b></p> <p>Sitio web: <a href="https://www.kancare.ks.gov/">https://www.kancare.ks.gov/</a> Teléfono: 1-800-792-4884</p>	<p><b>NUEVO HAMPSHIRE-Medicaid</b></p> <p>Sitio web: <a href="https://www.dhhs.nh.gov/oii/hipp.htm">https://www.dhhs.nh.gov/oii/hipp.htm</a> Teléfono: 603-271-5218 Teléfono gratuito para el programa de HIPP: 1-800-852-3345, ext 5218</p>
	<p><b>NUEVA JERSEY-Medicaid y CHIP</b></p> <p>Sitio web de Medicaid: <a href="http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/">http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/</a> Teléfono de Medicaid: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: <a href="http://www.njfamilycare.org/index.html">http://www.njfamilycare.org/index.html</a> CHIP Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710</p>
	<p><b>NUEVA YORK-Medicaid</b></p> <p>Sitio web: <a href="https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/">https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/</a> Teléfono: 1-800-541-2831</p>

# Información Importante y Avisos Requeridos

<p><b>CAROLINA DEL NORTE-Medicaid</b></p> <p>Sitio web: <a href="https://medicaid.ncdhhs.gov/">https://medicaid.ncdhhs.gov/</a> Teléfono: 919-855-4100</p>	<p><b>WYOMING-Medicaid</b></p> <p>Sitio web: <a href="https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/">https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/</a> Teléfono: 1-800-251-1269</p>
<p><b>DAKOTA DEL NORTE-Medicaid</b></p> <p>Sitio web: <a href="http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/">http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/</a> Teléfono: 1-844-854-4825</p>	
<p><b>OKLAHOMA-Medicaid y CHIP</b></p> <p>Sitio web: <a href="http://www.insureoklahoma.org">http://www.insureoklahoma.org</a> Teléfono: 1-888-365-3742</p>	
<p><b>OREGON-Medicaid</b></p> <p>Sitio web: <a href="http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx">http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx</a> <a href="http://www.oregonhealthcare.gov/index-es.html">http://www.oregonhealthcare.gov/index-es.html</a> Teléfono: 1-800-699-9075</p>	
<p><b>PENNSYLVANIA-Medicaid</b></p> <p>Sitio web: <a href="https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Program.aspx">https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Program.aspx</a> Teléfono: 1-800-692-7462</p>	
<p><b>RHODE ISLAND-Medicaid y CHIP</b></p> <p>Sitio web: <a href="http://www.eohhs.ri.gov/">http://www.eohhs.ri.gov/</a> Teléfono: 1-855-697-4347, or 401-462-0311 (Direct Rite Share Line)</p>	
<p><b>CAROLINA DEL SUR-Medicaid</b></p> <p>Sitio web: <a href="https://www.scdhhs.gov">https://www.scdhhs.gov</a> Teléfono: 1-888-549-0820</p>	
<p><b>DAKOTA DEL SUR-Medicaid</b></p> <p>Sitio web: <a href="http://dss.sd.gov">http://dss.sd.gov</a> Teléfono: 1-888-828-0059</p>	
<p><b>TEXAS-Medicaid</b></p> <p>Sitio web: <a href="http://gethipptexas.com/">http://gethipptexas.com/</a> Teléfono: 1-800-440-0493</p>	
<p><b>UTAH-Medicaid y CHIP</b></p> <p>Sitio web de Medicaid: <a href="https://medicaid.utah.gov/spanish-language">https://medicaid.utah.gov/spanish-language</a> Sitio web de CHIP: <a href="https://chip.health.utah.gov/espanol/">https://chip.health.utah.gov/espanol/</a> Teléfono: 1-877-543-7669</p>	
<p><b>VERMONT-Medicaid</b></p> <p>Sitio web: <a href="http://www.greenmountaincare.org/">http://www.greenmountaincare.org/</a> Teléfono: 1-800-250-8427</p>	
<p><b>VIRGINIA-Medicaid y CHIP</b></p> <p>Sitio web: <a href="https://www.coverva.org/en/famis-select">https://www.coverva.org/en/famis-select</a> <a href="https://www.coverva.org/en/hipp">https://www.coverva.org/en/hipp</a> Teléfono de Medicaid: 1-800-432-5924 Teléfono de CHIP: 1-800-432-5924</p>	
<p><b>WASHINGTON-Medicaid</b></p> <p>Sitio web: <a href="https://www.hca.wa.gov/">https://www.hca.wa.gov/</a> Teléfono: 1-800-562-3022</p>	
<p><b>WEST VIRGINIA-Medicaid y CHIP</b></p> <p>Sitio web: <a href="https://dhhr.wv.gov/bms/">https://dhhr.wv.gov/bms/</a> <a href="http://mywvhipp.com">http://mywvhipp.com</a> Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 Teléfono gratuito: 1-855-MyWVHIP (1-855-699- 8447)</p>	
<p><b>WISCONSIN-Medicaid y CHIP</b></p> <p>Sitio web: <a href="https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm">https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm</a> Teléfono: 1-800-362-3002</p>	





1325 Fourth Avenue, Suite 2100

Seattle, WA 98101

1-800-347-2303

[www.assuredpartners.com/seattle](http://www.assuredpartners.com/seattle)