

# Información Importante y Avisos Anuales Obligatorios

## INFORMACIÓN IMPORTANTE

### DERECHOS DE CONVERSIÓN Y PORTABILIDAD

Si está inscrito en el seguro de vida básico o seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D, por sus siglas en inglés), seguro vital suplementario o seguro por muerte accidental y desmembramiento, planes por incapacidad a largo plazo, y su empleo en Cascade Designs, Inc. llega a su fin, puede tener la opción de mantener su cobertura a través de las disposiciones de portabilidad o conversión de los planes. Debe presentar su solicitud dentro de los 31 días a partir de la fecha de la finalización del empleo. Para obtener información sobre estas opciones, comuníquese con Recursos Humanos.

### CAMBIOS AUTORIZADOS EN LAS ELECCIONES DE MITAD DE AÑO

En la mayoría de los casos, una vez que haya realizado sus elecciones de beneficios para el año del plan, no puede cambiarlas hasta el próximo período de inscripción abierta anual, a menos que experimente un evento de cambio de elección admitido. Entre ellos, se incluyen:

- Cambio en el estado civil legal (matrimonio, divorcio, separación legal)
- Obtención o pérdida de elegibilidad por parte de un dependiente
- Nacimiento, adopción o colocación en 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 en la cobertura del plan médico de otro empleador

Si se produce un evento que le permite realizar cambios en sus elecciones de beneficios, notifique a Recursos Humanos dentro de los 30 días posteriores al evento (60 días en caso de nacimiento o adopción). Es posible que deba presentar una prueba del cambio, como un certificado de matrimonio o de nacimiento. Para obtener más información sobre los cambios autorizados en las elecciones de mitad de año, comuníquese con Recursos Humanos.

## AVISOS ANUALES OBLIGATORIOS

### AVISO DE COBERTURA ACREDITABLE DE MEDICAMENTOS RECETADOS MEDICARE PARTE D – SU COBERTURA DE RECETAS Y MEDICARE

Lea este aviso detenidamente y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura de medicamentos con receta actual con Cascade Designs, Inc. y sobre sus opciones en virtud de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Esta información puede ayudarlo a decidir si desea o no inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si considera inscribirse, debe comparar su cobertura actual, incluidos qué medicamentos 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. Al final de este aviso, encontrará información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos con receta.

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

1. La cobertura de medicamentos con receta de Medicare se dispuso en 2006 para todas las personas que tienen Medicare. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare o en un plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) que ofrece cobertura de medicamentos con receta. Todos los planes de medicamentos de Medicare brindan, al menos, un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más elevada.
2. Cascade Designs, Inc. ha determinado que se espera que su cobertura ofrecida de medicamentos recetados, en promedio para todos los participantes del plan, pague lo mismo que paga la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y, por lo tanto, se considera una cobertura acreditable. Debido a que su cobertura actual es una cobertura acreditable, usted puede mantener esta cobertura y no pagar un monto mayor de prima (una multa) si luego decide

inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

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

Puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare cuando sea elegible por primera vez para Medicare y cada año, desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

Sin embargo, si pierde su actual cobertura acreditable de medicamentos recetados por causas ajenas a su voluntad, también será elegible para un período de inscripción especial (SEP, por sus siglas en inglés) de dos (2) meses para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

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

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, es posible que su cobertura actual de Cascade Designs, Inc. no se vea afectada. Puede conservar esta cobertura si elige la Parte D y este plan se coordinará con la cobertura de la Parte D. Consulte las páginas 7 a 9 de la Guía de divulgación de cobertura acreditable de CMS para personas elegibles de Medicare Parte D (disponible en <http://www.cms.hhs.gov/CreditableCoverage/>), que describe las disposiciones/opciones del plan de medicamentos recetados que las personas elegibles de Medicare pueden tener a su disposición cuando reúnan los requisitos para la Parte D de Medicare .

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y cancelar su cobertura actual de Cascade Designs, Inc. , tenga en cuenta que usted y sus dependientes podrán recuperar esta cobertura en la inscripción abierta si continúa cumpliendo con todos los requisitos de elegibilidad.

### **¿En qué casos pagará una prima más elevada (penalización) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?**

También debe saber que si cancela o pierde su actual cobertura con Cascade Designs, Inc. y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días posteriores a la finalización de su cobertura actual, después puede pagar una prima más elevada (una penalización) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

Si pasa 63 días seguidos o más sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados, su prima mensual puede aumentar al menos un 1% respecto de la prima básica mensual de beneficiario de Medicare por cada mes que no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima puede ser al menos un 19 % más elevada que la prima básica del beneficiario de Medicare de manera permanente. Es posible que deba pagar un monto mayor de prima (una penalización) mientras tenga la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que tenga que esperar hasta el próximo mes de noviembre para inscribirse.

### **Para obtener más información sobre este aviso o su actual cobertura de medicamentos con receta...**

Póngase en contacto con la persona que figura abajo para obtener más información. NOTA: Recibirá este aviso cada año. También lo recibirá antes del próximo período en el que pueda inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y si cambia esta cobertura a través de Cascade Designs, Inc. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

### **Para obtener más información sobre sus opciones en virtud de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare...**

En el manual "Medicare y Usted", encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos con receta. Usted recibirá por correo todos los años una copia del manual de Medicare. También puede ser contactado directamente por los planes de medicamentos de Medicare.

### **Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos con receta de Medicare:**

- Visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (consulte la contraportada interior de su copia del manual "Medicare y Usted" para obtener su número de teléfono) a fin de recibir 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, hay ayuda adicional disponible para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Para obtener más información sobre esta ayuda adicional, visite la página del Seguro Social ingresando 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 inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que deba proporcionar una copia de este aviso al inscribirse para demostrar si mantuvo o no una cobertura acreditable y, por lo tanto, si debe o no pagar un monto mayor de prima (una penalización).**

Fecha: 1 de enero de 2025  
Nombre de la entidad/remitente: Cascade Designs, Inc.  
Contacto: Minor Harris  
Domicilio: 11500 Production Drive Reno, NV 89506  
Número de teléfono: (206) 505-9500

## AVISO DE DERECHOS ESPECIALES DE INSCRIPCIÓN

Puede ser elegible para participar en el plan de salud grupal de Cascade Designs, Inc. . Una ley federal llamada HIPAA requiere que notifiquemos a participantes elegibles sobre el derecho a inscribirse en el plan según su “disposición de inscripción especial”.

### Disposición de inscripción especial

Si usted o sus Dependientes elegibles experimentan un evento de inscripción especial como se describe más adelante, usted o sus Dependientes elegibles pueden tener derecho a inscribirse en el Plan fuera de un período de inscripción designado al producirse uno de los eventos de inscripción especial indicado abajo. Si ya está inscrito en el Plan, puede solicitar la inscripción para usted y sus Dependientes elegibles bajo una opción diferente ofrecida por el Empleador para el que es actualmente elegible. Si aún no está inscrito en el Plan, debe solicitar una inscripción especial para usted y para sus Dependientes elegibles. Usted y todos sus Dependientes elegibles deben estar cubiertos por la misma opción. Los eventos de inscripción especial incluyen:

- **Adquirir un nuevo dependiente.** Si adquiere un nuevo dependiente más de uno a través del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, puede solicitar una inscripción especial para cualquiera de las siguientes combinaciones de personas si aún no están inscritas en el Plan: Sólo empleado; solo cónyuge; Empleado y cónyuge; Solo hijo(s) dependiente(s); Empleado e hijo(s) dependiente(s) ; Empleado, cónyuge e hijo(s) dependiente(s). La inscripción de hijos dependientes se limita a los hijos recién nacidos o adoptados o a los hijos que se convirtieron en hijos dependientes del Empleado debido al matrimonio. Los hijos dependientes que ya eran Dependientes del Empleado pero que actualmente no están inscritos en el Plan no tienen derecho a una inscripción especial.
- **Pérdida de elegibilidad para Medicaid estatal o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP).** Si usted y/o sus Dependientes estaban cubiertos por un plan estatal de Medicaid o CHIP y la cobertura finaliza debido a una pérdida de elegibilidad , puede solicitar una inscripción especial para usted y cualquier Dependiente afectado que aún no esté inscrito. en el Plan. Debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la terminación de la cobertura de Medicaid o CHIP.
- **Pérdida de elegibilidad para otra cobertura (excluida la cobertura de continuación ).** Si se rechazó la cobertura de este Plan debido a la cobertura de otro plan y se pierde la elegibilidad para la otra cobertura, usted y todos sus dependientes elegibles pueden solicitar una inscripción especial en este Plan. Si lo requiere el Plan, cuando se rechazó previamente la inscripción en este Plan, se debe haber rechazado por escrito con una declaración de que el motivo del rechazo de la inscripción se debió a otra cobertura de salud. Esta disposición se aplica a la pérdida de elegibilidad como resultado de cualquiera de las siguientes opciones:
  - divorcio o separación legal;
  - cese de la condición de Dependiente (como alcanzar la edad límite);
  - muerte del Empleado;
  - terminación del empleo;
  - reducción de horas de trabajo por debajo del mínimo requerido para la elegibilidad;
  - usted o sus Dependientes ya no residen, viven o trabajan en el área de servicio de la red del otro plan y no está disponible ninguna otra cobertura según el otro plan;
  - usted o sus Dependientes incurrir en un reclamo que cumple o excede el límite máximo de por vida que se aplica a todos los beneficios ofrecidos bajo el otro plan; o
  - el otro plan ya no ofrece ningún beneficio a una clase de personas en situación similar
- **Terminación de aportes patronales (excluida la cobertura de continuación ).** Si un empleador actual o anterior cesa todas las contribuciones a la otra cobertura del Empleado o Dependiente , se puede solicitar una inscripción especial en este Plan para usted y todos sus Dependientes elegibles.
- **Agotamiento de COBRA u otra cobertura de continuación.** Se puede solicitar una inscripción especial en este Plan para usted y todos sus Dependientes elegibles al agotarse COBRA u otra cobertura de continuación. Si usted o sus Dependientes eligen COBRA u otra cobertura de continuación luego de la pérdida de cobertura según otro plan, COBRA u otra cobertura

de continuación deben agotarse antes de que exista cualquier derecho de inscripción especial en virtud de este Plan. Se considera que una persona ha agotado COBRA u otra cobertura de continuación solo si dicha cobertura cesa: debido a que el empleador u otra entidad responsable no remitió las primas de manera oportuna ; cuando la persona ya no reside o trabaja en el área de servicio del otro plan y no hay otra COBRA o cobertura de continuación disponible según el plan; o cuando la persona incurre en un reclamo que alcanzaría o excedería un límite máximo de por vida en todos los beneficios y no existe otra COBRA u otra cobertura de continuación disponible para dicha persona. Esto no incluye la terminación del período limitado de contribuciones de un empleador a COBRA u otra cobertura de continuación según lo dispuesto en cualquier indemnización u otro acuerdo.

- **Elegibilidad para asistencia laboral bajo Medicaid estatal o el Programa de seguro médico para niños (CHIP).** Si usted y/o sus Dependientes se vuelven elegibles para recibir asistencia con los pagos de primas del plan de salud grupal bajo un plan estatal Medicaid o CHIP, puede solicitar una inscripción especial para usted y cualquier Dependiente afectado que aún no esté inscrito en el Plan. Debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la fecha en que se determina que es elegible para recibir asistencia.

**Salvo lo indicado anteriormente, la inscripción especial debe solicitarse dentro de los 30 días posteriores a la ocurrencia del evento de inscripción especial. Si el evento de inscripción especial es el nacimiento o adopción de un hijo dependiente, la cobertura entrará en vigencia inmediatamente en la fecha de nacimiento, adopción o colocación para adopción. La cobertura con respecto a cualquier otro evento de inscripción especial entrará en vigencia el primer día del mes calendario siguiente a la recepción de la solicitud de inscripción especial.**

Las personas que se inscriban en el Plan debido a un evento de inscripción especial no se considerarán Ingresantes Tardíos. Cualquier limitación de Condición Preexistente se aplicará al momento de la inscripción, reducida por la Cobertura Acreditada anterior, pero no se extenderá como para un Ingresante Tardío.

Las parejas de hecho y sus hijos (si no son hijos legales del Empleado) no son elegibles para la inscripción especial.

## **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

**Fecha de entrada en vigencia: 1 de enero de 2025**

Este aviso describe cómo se puede utilizar y divulgar su información médica y cómo puede usted obtener acceso a esta información. **Revíselo detenidamente.**

**Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, comuníquese con Minor Harris al (206) 505-9500 o con Cascade Designs en 11500 Production Drive Reno, NV 89506.**

### **Sus Derechos**

Usted tiene derecho a:

- obtener una copia de sus registros de salud y reclamos;
- corregir su historia clínica y los reclamos;
- solicitar comunicación confidencial;
- solicitar que limitemos la información que compartimos;
- obtener una lista de aquellas personas con quienes hemos compartido su información;
- obtener una copia de este aviso de privacidad;
- elegir a alguien para que actúe en su nombre; y
- presentar una queja si cree que se infringieron sus derechos de privacidad.

### **Sus Opciones**

Tiene algunas opciones respecto de la forma en que usamos y compartimos información cuando:

- respondemos las preguntas de cobertura de su familia y amigos;
- brindamos ayuda en caso de desastres;
- comercializamos nuestros servicios y vendemos su información.

### **Nuestros Usos y Divulgaciones**

Podemos usar y compartir su información cuando:

- ayudamos a administrar el tratamiento médico que recibe;
- dirigimos nuestra organización;
- pagamos por sus servicios médicos;
- administramos su plan médico;
- ayudamos con problemas de salud y seguridad pública;

- investigamos;
- cumplimos la ley;
- respondemos a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajamos con un médico forense o director funerario;
- abordamos solicitudes de indemnización laboral, de aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales; y
- respondemos a demandas y acciones legales.

## **Sus Derechos**

**Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos.** Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

### **Obtenga una copia de la historia clínica y de su registro de reclamaciones.**

Puede solicitar ver u obtener una copia de su historia clínica y de su registro de reclamaciones, y otra información médica que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo. Le proporcionaremos una copia o un resumen de su historia clínica y reclamos, generalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo.

### **Solicite que corrijamos la historia clínica o el registro de reclamaciones.**

Puede solicitar que corrijamos su historia clínica y el registro de reclamaciones si considera que no son correctos o que están incompletos. Pregúntenos cómo hacerlo. Podemos responder que “no” a su solicitud, pero le informaremos el motivo por escrito dentro de los 60 días.

### **Solicite comunicaciones confidenciales**

Puede solicitar que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono de su casa u oficina) o que le enviemos un correo a otra dirección. Tendremos en cuenta todas las solicitudes razonables y debemos responder que “sí” si nos informa que en caso de no responder afirmativamente a su pedido, usted correría peligro.

### **Solicite que limitemos lo que usamos o compartimos.**

Puede solicitar que no usemos o compartamos cierta información médica para tratamientos, pagos o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos responder que “no” si afectara su atención.

### **Obtenga una lista de aquellas personas con quienes hemos compartido información.**

Puede solicitar una lista (recuento) de las veces que compartimos su información médica durante los seis años antes de la fecha en que la solicita, con quién la compartimos y por qué. Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las relacionadas con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y algunas otras divulgaciones (como las que usted nos solicitó). Proporcionaremos un informe al año de forma gratuita, pero cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otro dentro de los 12 meses.

### **obtener una copia de este aviso de privacidad;**

Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si aceptó recibir el aviso de manera electrónica. Le proporcionaremos una copia impresa de inmediato.

### **Elija a alguien para que actúe en su nombre.**

Si le otorgó a alguien un poder médico o si tiene un tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica. Nos aseguraremos de que la persona tenga esa autoridad y de que pueda actuar en su nombre antes de emprender cualquier acción.

### **Presente una queja si considera que se han infringido sus derechos.**

Puede presentar una queja si considera que hemos infringido sus derechos comunicándose con nosotros mediante la información de la página 1. Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/). No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

## **Sus Opciones**

**Para cierta información médica, puede informarnos sus elecciones sobre lo que compartimos.** Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, comuníquese con nosotros. Infórmenos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene el derecho y la opción de indicarnos que:

- compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su atención; o
- compartamos información en una situación de socorro en casos de desastre.

*Si no puede indicarnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos optar por compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e*

*inminente para la salud o la seguridad.*

En estos casos, nunca compartimos su información, a menos que nos proporcione el permiso por escrito:

- Fines comerciales
- Venta de su información

## **Nuestros Usos y Divulgaciones**

### **¿Cómo usamos o compartimos su información médica habitualmente?**

Normalmente usamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

#### **Ayudar a administrar el tratamiento de salud que recibe.**

Podemos usar su información médica y compartirla con los profesionales que lo están tratando.

*Ejemplo: Un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos coordinar servicios adicionales.*

#### **Dirigir nuestra organización**

Podemos usar y divulgar su información para dirigir nuestra organización, y comunicarnos con usted cuando sea necesario. No podemos usar información genética para decidir si le brindamos cobertura y el precio de esa cobertura. No se aplica a los planes de atención a largo plazo.

*Ejemplo: Usamos su información médica para desarrollar mejores servicios para usted.*

#### **Pagar por sus servicios médicos**

Podemos usar y divulgar su información médica mientras pagamos por sus servicios de salud.

*Ejemplo: Compartimos información sobre usted con su seguro dental para coordinar el pago de su tratamiento dental.*

#### **Administrar su plan**

Podemos divulgar su información de salud al patrocinador de su plan de salud para la administración del plan.

*Ejemplo: Su empresa tiene un contrato con nosotros para brindarle un plan de salud y le brindamos a su empresa ciertas estadísticas para explicarle las primas que cobramos.*

### **¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información médica?**

Tenemos permitido o debemos compartir su información de otras maneras, generalmente para contribuir al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir muchas condiciones previstas en la ley antes de poder compartir su información para esos fines. Para obtener más información, consulte:

[www.hhs.gov/ocr/privacv/hipaa/understandinK/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacv/hipaa/understandinK/consumers/index.html).

#### **Ayudar con problemas de salud y seguridad pública.**

Podemos compartir información médica sobre usted en ciertas situaciones, tales como:

- prevenir enfermedades;
- ayudar con el retiro de productos;
- informar reacciones adversas a medicamentos;
- informar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica; y
- prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona.

#### **Hacer una investigación.**

Podemos usar o compartir su información para la investigación médica.

#### **Cumplir la ley.**

Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos.

si desea ver que cumplimos con la ley federal de privacidad.

#### **Responder las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un médico forense o director funerario**

Podemos compartir información médica sobre usted con organizaciones de procuración de órganos. Cuando fallece una persona, podemos compartir información médica con un juez de instrucción, un médico forense o un director funerario.

#### **Abordar las solicitudes de indemnización laboral, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales.**

Podemos usar o compartir información médica sobre usted:

- para reclamaciones de indemnización laboral;

- para la aplicación de la ley o con un agente de policía;
- con agencias de supervisión médica para actividades autorizadas por la ley; y
- para funciones gubernamentales especiales, como servicios de protección militar, de seguridad nacional y presidencial.

#### **Responder a demandas y acciones legales.**

Podemos compartir información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

#### **Nuestras Responsabilidades**

- La ley nos exige que mantengamos la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produce una infracción que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir los deberes y las prácticas de privacidad que se describen en este aviso y entregarle una copia.
- No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea la descrita aquí, a menos que usted nos lo indique por escrito. Si nos indica que podemos compartirla, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Si cambia de opinión, infórmenos por escrito.

Para obtener más información, consulte: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

#### **Cambios a los Términos de este Aviso**

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a pedido y le enviaremos una copia por correo.

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

Enviamos este aviso según lo requerido por la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998, que establece que debe ser informada anualmente sobre la presencia de beneficios para los servicios relacionados con la mastectomía, incluida la reconstrucción y cirugía para lograr la simetría de los senos, las prótesis y complicaciones resultantes de una mastectomía. Consulte su folleto de beneficios médicos para obtener más información. *Los beneficios de estos servicios pueden estar sujetos a deducibles y coseguros anuales consistentes con los establecidos para otros beneficios.*

## **AYUDA EN VIRTUD DE MEDICAID Y EL PROGRAMA DE SEGURO MÉDICO PARA NIÑOS (CHIP)**

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para la cobertura de salud de su empleador, su estado puede tener un programa de ayuda para el pago de la prima que puede ayudarlo a pagar la cobertura utilizando fondos de sus programas de Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, usted no será elegible para estos programas de ayuda para el pago de la prima pero puede comprar cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para más información, visite [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov).

Si usted o los dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y vive en uno de los estados que se detallan a continuación, comuníquese con su oficina estatal de Medicaid o CHIP para averiguar si existe ayuda disponible para el pago de la prima.

Si usted o los dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y cree que usted o cualquiera de los dependientes podrían ser elegibles para cualquiera de estos programas, comuníquese con su oficina estatal de Medicaid o CHIP, marque **1-877-KIDS NOW** o ingrese a [www.insurekidsnow.gov](http://www.insurekidsnow.gov) para saber cómo presentar una solicitud. Si califica, pregunte a su estado si tiene un programa que pueda ayudarlo a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o los dependientes son elegibles para recibir ayuda para el pago de la prima de Medicaid o CHIP, y también son elegibles según el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en dicho plan si aún no está inscrito. Esto se denomina una oportunidad de "inscripción especial" y **debe solicitar cobertura dentro de los 60 días de haber sido elegible para recibir ayuda para el pago de la prima**. Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo en [www.askebsa.dol.gov](http://www.askebsa.dol.gov) o llame al **1-866-444-EBSA (3272)**.

---

Si vive en uno de los siguientes estados, puede ser elegible para recibir ayuda con el fin de pagar las primas del plan médico de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de julio de 2024. Póngase en contacto con su estado para obtener más información sobre elegibilidad:

<p align="center"><b>ALABAMA – Medicaid</b></p>	<p align="center"><b>ALASKA – Medicaid</b></p>
<p>Sitio web:  <a href="http://mvalhipp.com/">http://mvalhipp.com/</a>  Teléfono: 1-855-692-5447</p>	<p>Programa de pago de primas de seguro médico de AK Sitio web:  <a href="http://myakhipp.com/">http://myakhipp.com/</a>  Teléfono: 1-866-251-4861  Correo electrónico:  <a href="mailto:CustomerService@MyAKHIPP.com">CustomerService@MyAKHIPP.com</a> Elegibilidad para Medicaid:  <a href="https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx">https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx</a></p>
<p align="center"><b>ARKANSAS – Medicaid</b></p>	<p align="center"><b>CALIFORNIA – Medicaid</b></p>
<p>Sitio web: <a href="http://myarhipp.com/">http://myarhipp.com/</a>  Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)</p>	<p>Programa de Pago de Prima de Seguro Médico (HIPP) Sitio web:  <a href="http://dhcs.ca.gov/hipp">http://dhcs.ca.gov/hipp</a>  Teléfono: 916-445-8322  Fax: 916-440-5676  Correo electrónico: <a href="mailto:hipp@dhcs.ca.gov">hipp@dhcs.ca.gov</a></p>
<p align="center"><b>COLORADO - Health First Colorado (programa de Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP +)</b></p>	<p align="center"><b>FLORIDA – Medicaid</b></p>
<p>Sitio web de Health First Colorado:  <a href="https://www.healthfirstcolorado.com/">https://www.healthfirstcolorado.com/</a>  Centro de contacto para miembros de Health First Colorado: 1-800-221-3943 / Retransmisión estatal 711  CHP+: <a href="https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus">https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus</a> CHP+  Atención al cliente: 1-800-359-1991 /Retransmisión estatal 711  Programa de compra de seguro médico (HIBI):  <a href="https://www.mycohibi.com/">https://www.mycohibi.com/</a>  Atención al Cliente de HIBI: 1-855-692-6442</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 align="center"><b>GEORGIA – Medicaid</b></p> <p>Sitio web HIPP de GA: <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, Presione  1 Sitio web de CHIPRA GA:  <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, presione 2</p>	<p align="center"><b>INDIANA – Medicaid</b></p> <p>Health Insurance Premium Payment Program  Todos los otros Medicaid  Sitio web:  <a href="https://www.in.gov/medicaid/">https://www.in.gov/medicaid/</a>  Teléfono: 1-800-457-4584</p>
<p align="center"><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  Hawki 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 HIPP: 1-888-346-9562</p>	<p align="center"><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  Teléfono de HIPP: 1-800-967-4660</p>
<p align="center"><b>KENTUCKY – Medicaid</b></p> <p>Programa de pago de primas de seguro médico integrado de Kentucky (KI-HIPP) Sitio web:  <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  Correo electrónico: <a href="mailto:KIHIPPPROGRAM@ky.gov">KIHIPPPROGRAM@ky.gov</a>  Sitio web de KCHIP: <a href="https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx">https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx</a>  Teléfono: 1-877-524-4718  Sitio web de Medicaid Kentucky:  <a href="https://chfs.ky.gov/agencies/dms">https://chfs.ky.gov/agencies/dms</a></p>	<p align="center"><b>LOUISIANA – Medicaid</b></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>  Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)</p>
<p align="center"><b>MAINE – Medicaid</b></p> <p>Sitio web de inscripción:  <a href="https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US">https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US</a>  Teléfono: 1-800-442-6003  TTY: Retransmisión de Maine 711  Página web de primas de seguro médico privado:  <a href="https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms">https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms</a>  Teléfono: 1-800-977-6740  TTY: Retransmisión de Maine 711</p>	<p align="center"><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: 711  Correo electrónico: <a href="mailto:masspreassistance@accenture.com">masspreassistance@accenture.com</a></p>
<p align="center"><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 align="center"><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 align="center"><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  Correo electrónico: <a href="mailto:HSHIPPProgram@mt.gov">HSHIPPProgram@mt.gov</a></p>	<p align="center"><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 align="center"><b>NEVADA – Medicaid</b></p> <p>Sitio web de Medicaid: <a href="http://dhcftp.nv.gov">http://dhcftp.nv.gov</a>  Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900</p>	<p align="center"><b>NUEVO HAMPSHIRE - Medicaid</b></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>  Teléfono: 603-271-5218  Número gratuito para el programa HIPP: 1-800-852-3345, ext. 15218  Email: <a href="mailto:DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov">DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov</a></p>

<b>NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP</b>	<b>NUEVA YORK – Medicaid</b>
Sitio web de Medicaid: <a href="http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clientes/medicaid/">http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clientes/medicaid/</a> Teléfono 1-800-356-1561 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> Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710	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
<b>CAROLINA DEL NORTE – Medicaid</b>	<b>DAKOTA DEL NORTE – Medicaid</b>
Sitio web: <a href="https://medicaid.ncdhhs.gov/">https://medicaid.ncdhhs.gov/</a> Teléfono: 919-855-4100	Sitio web: <a href="https://www.hhs.nd.gov/healthcare">https://www.hhs.nd.gov/healthcare</a> Teléfono: 1-844-854-4825
<b>OKLAHOMA – Medicaid y CHIP</b>	<b>OREGON – Medicaid</b>
Sitio web: <a href="http://www.insureoklahoma.org">http://www.insureoklahoma.org</a> Teléfono: 1-888-365-3742	Sitio web: <a href="http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx">http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx</a> Teléfono: 1-800-699-9075
<b>PENSILVANIA – Medicaid y CHIP</b>	<b>RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP</b>
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 Sitio web de CHIP: <a href="http://www.pa.gov">Programa de seguro médico para niños (CHIP) (pa.gov)</a> Teléfono de CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)	Sitio web: <a href="http://www.eohhs.ri.gov/">http://www.eohhs.ri.gov/</a> Teléfono: 1-855-697-4347, o 401-462-0311 (Línea directa de Rite Share)
<b>CAROLINA DEL SUR – Medicaid</b>	<b>DAKOTA DEL SUR - Medicaid</b>
Sitio web: <a href="https://www.scdhhs.gov">https://www.scdhhs.gov</a> Teléfono: 1-888-549-0820	Sitio web: <a href="http://dss.sd.gov">http://dss.sd.gov</a> Teléfono: 1-888-828-0059
<b>TEXAS – Medicaid</b>	<b>UTAH – Medicaid y CHIP</b>
Sitio web: <a href="http://www.texas.gov">Programa de pago de primas de seguro médico (HIPP)   Servicios Humanos y de Salud de Texas</a> Teléfono: 1-800-440-0493	Utah's Premium Partnership for Health Insurance (UPP) Sitio web: <a href="https://medicaid.utah.gov/upp/">https://medicaid.utah.gov/upp/</a> Email: <a href="mailto:upp@utah.gov">upp@utah.gov</a>   Teléfono: 1-888-222-2542 Adult Expansion Website: <a href="https://medicaid.utah.gov/expansion/">https://medicaid.utah.gov/expansion/</a> Utah Medicaid Buyout Program Website: <a href="https://medicaid.utah.gov/buyout-program/">https://medicaid.utah.gov/buyout-program/</a> CHIP Website: <a href="https://chip.utah.gov/">https://chip.utah.gov/</a>
<b>VERMONT – Medicaid</b>	<b>VIRGINIA – Medicaid y CHIP</b>
Sitio web: <a href="http://www.vermont.gov">Programa de Pago de Prima de Seguro Médico (HIPP)   Departamento de acceso a la salud de Vermont</a> Teléfono: 1-800-250-8427	Sitio web: <a href="https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select">https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select</a> <a href="https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs">https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs</a> Medicaid/CHIP Teléfono: 1-800-432-5924
<b>WASHINGTON – Medicaid</b>	<b>VIRGINIA OCCIDENTAL – Medicaid y CHIP</b>
Sitio web: <a href="https://www.hca.wa.gov/">https://www.hca.wa.gov/</a> Teléfono: 1-800-562-3022	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 de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)
<b>WISCONSIN – Medicaid y CHIP</b>	<b>WYOMING – Medicaid</b>
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	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

Para saber si otros estados agregaron un programa de ayuda para el pago de las primas después del 31 de julio de 2024 o para obtener más información sobre los derechos de inscripción especial, comuníquese con:

El Departamento de Trabajo de los EE. UU.

Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados  
[www.dol.gov/agencies/ebsa](http://www.dol.gov/agencies/ebsa)

1-866-444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

- Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

**[www.cms.hhs.gov](http://www.cms.hhs.gov)**

1-877-267-2323, opción de menú 4, ext. 61

