

Avisos legales importantes que afectan la cobertura de su plan de salud

LA LEY DE DERECHOS CONTRA EL CÁNCER DE LA SALUD DE LA MUJER

Si se ha sometido o se va a someter a una mastectomía, es posible que tenga derecho a ciertos beneficios en virtud de la Ley de Derechos de la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998 (WHCRA). Para las personas que reciben beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se proporcionará de una manera determinada en consulta con el médico tratante y la paciente, para:

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

Estos beneficios se proporcionarán sujetos a los mismos deducibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados en virtud de este plan. Por lo tanto, se aplican los siguientes deducibles y coseguros.

DIVULGACIÓN DE LA LEY DE RECIÉN NACIDOS – FEDERAL

Los planes de salud grupales y los emisores de seguros de salud generalmente no pueden, según la ley federal, restringir los beneficios por la duración de la estadía en el hospital en relación con el parto de la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe que el proveedor de atención médica de la madre o del recién nacido, después de consultar con la madre, dé de alta a la madre o al recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, los planes y los emisores no pueden, según la ley federal, exigir que un proveedor obtenga autorización del plan o del emisor del seguro para prescribir una estadía que no exceda las 48 horas (o 96 horas).

AVISO DE DERECHOS ESPECIALES DE INSCRIPCIÓN

Si rechaza la inscripción para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a otro seguro de salud o cobertura de plan de salud grupal, es posible que pueda inscribirse a sí mismo y a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir a su otra cobertura o a la de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores a que finalice su otra cobertura o la de sus dependientes (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).

Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción, es posible que pueda inscribirse a sí mismo y a sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Además, si rechaza la inscripción para usted o sus dependientes elegibles (incluido su cónyuge) mientras la cobertura de Medicaid o la cobertura de un programa estatal CHIP está vigente, es posible que pueda inscribirse a sí mismo y a sus dependientes en este plan si:

- se pierde la cobertura de Medicaid o de un programa estatal de CHIP; o
- usted o sus dependientes se vuelven elegibles para un subsidio de asistencia para el pago de la prima del Estado.

En cualquier caso, debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la pérdida de la cobertura o la fecha en que sea elegible para la asistencia con las primas.

Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, comuníquese con la persona que aparece al final de este resumen.

DIVULGACIÓN DEL MODELO DE PROTECCIÓN AL PACIENTE

United Healthcare generalmente permite la designación de un proveedor de atención primaria. Usted tiene derecho a designar a cualquier proveedor de atención primaria que participe en nuestra red y que esté disponible para aceptarlo a usted o a los miembros de su familia. Para obtener información sobre cómo seleccionar un proveedor de atención primaria y para obtener una lista de los proveedores de atención primaria participantes, comuníquese con el UHC en www.myuhc.com.

En el caso de los niños, puede designar a un pediatra como proveedor de atención primaria.

No necesita autorización previa de UHC ni de ninguna otra persona (incluido un proveedor de atención primaria) para obtener acceso a la atención obstétrica o ginecológica de un profesional de la salud de nuestra red que se especialice en obstetricia o ginecología. Sin embargo, es posible que se requiera que el profesional de la salud cumpla con ciertos procedimientos, incluida la obtención de autorización previa para ciertos servicios, el seguimiento de un plan de tratamiento preaprobado o los procedimientos para hacer referencias. Para obtener una lista de los profesionales de la salud participantes que se especializan en obstetricia o ginecología, comuníquese con el UHC en www.myuhc.com

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Las preguntas relacionadas con esta información pueden dirigirse a:

Human Resources

2392 State Hwy 35, Port Lavaca TX 77979

361-893-5390

PMIHR@palaciosmarineindustrial.com

Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

*Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede obtener acceso a esta información. **Por favor, revíselo cuidadosamente.***

La información de contacto para preguntas o quejas está disponible al final del aviso.

Sus derechos

Usted tiene derecho a:

- Obtenga una copia de sus registros de salud y reclamaciones
- Corrija sus registros de salud y reclamaciones
- Solicitar comunicación confidencial
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos
- Obtener una lista de las personas con las que hemos compartido tu información
- Obtenga una copia de este aviso de privacidad
- Elige a alguien para que actúe en tu nombre
- Presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad

Sus opciones

Usted tiene algunas opciones en la forma en que usamos y compartimos la información, ya que:

- Responda las preguntas de cobertura de su familia y amigos
- Proporcionar socorro en caso de desastre
- Comercialice nuestros servicios y venda su información

Nuestros Usos y Divulgaciones

Es posible que usemos y compartamos su información de la siguiente manera:

- Ayudar a administrar el tratamiento de atención médica que recibe
- Dirigir nuestra organización
- Pague por sus servicios de salud
- Administre su plan de salud
- Ayuda con problemas de salud pública y seguridad
- Investiga
- Cumplir con la ley
- Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un médico forense o director de funeraria
- Abordar la compensación de los trabajadores, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales
- Responder a demandas y acciones legales

Sus derechos

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos.

En esta sección se explican sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

Obtenga una copia de los registros de salud y reclamaciones

- Puede solicitar ver u obtener una copia de sus registros de salud y reclamaciones y otra información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntanos cómo hacerlo.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de sus registros de salud y reclamaciones, generalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Es posible que cobremos una tarifa razonable basada en el costo.

Pedirnos que corrijamos los registros de salud y reclamaciones

- Puede pedirnos que corrijamos sus registros de salud y reclamaciones si cree que son incorrectos o están incompletos. Pregúntanos cómo hacerlo.
- Es posible que digamos "no" a su solicitud, pero le diremos por qué por escrito, generalmente dentro de los 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono de casa u oficina) o que le enviemos correo a una dirección diferente.
- Consideraremos todas las solicitudes razonables y debemos decir "sí" si nos dice que estaría en peligro si no lo hacemos.

Pedirnos que limitemos lo que usamos o compartimos

- Puede pedirnos que no usemos ni compartamos cierta información de salud para el tratamiento, el pago o nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud.

Obtener una lista de las personas con las que hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información de salud hasta seis años antes de la fecha en que la solicitó, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto aquellas sobre el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y algunas otras divulgaciones (como las que usted nos haya pedido que hagamos). Proporcionaremos una contabilidad al año de forma gratuita, pero cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otra dentro de los 12 meses.

Obtenga una copia de este aviso de privacidad

Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso electrónicamente. Le proporcionaremos una copia impresa a la brevedad.

Elige a alguien para que actúe en tu nombre

- Si le ha otorgado a alguien un poder notarial médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información de salud.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

Presentar una queja si cree que se violan sus derechos

- Puede presentar una queja si cree que hemos violado sus derechos poniéndose en contacto con nosotros utilizando la información que aparece al final de este aviso.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html.
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Sus opciones

En el caso de cierta información de salud, puede decirnos sus opciones sobre lo que compartimos.

Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, hable con nosotros. Díganos lo que quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

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

- Compartir información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su atención
- Compartir información en una situación de socorro en caso de desastre
Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos seguir adelante y 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 dé permiso por escrito:
 - Fines de marketing
 - Venta de su información

Nuestros Usos y Divulgaciones

¿Cómo solemos usar o compartir su información de salud?

Por lo general, usamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras.

Ayudar a administrar el tratamiento de atención médica que recibe

Podemos usar su información de salud 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 organizar servicios adicionales.

Pague por sus servicios de salud

Podemos usar y divulgar su información de salud a medida que pagamos por sus servicios de salud.

Ejemplo: Compartimos información sobre usted con su plan dental para coordinar el pago de su trabajo dental.

Administre su plan

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

Ejemplo: Su empresa nos contrata para proporcionar un plan de salud, y nosotros le proporcionamos a su empresa ciertas estadísticas para explicar las primas que cobramos.

Dirigir nuestra organización

- Podemos usar y divulgar su información para administrar nuestra organización y comunicarnos con usted cuando sea necesario.
- No se nos permite usar la información genética para decidir si le daremos cobertura y el precio de esa cobertura. Esto no se aplica a los planes de atención a largo plazo.

Ejemplo: Usamos su información de salud para desarrollar mejores servicios para usted.

¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información de salud?

Se nos permite o se nos exige compartir su información de otras maneras, generalmente de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir con muchas condiciones de la ley antes de que podamos compartir su información para estos fines. Para obtener más información, consulte: www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/guidance-materials-for-consumers/index.html.

Ayuda con problemas de salud pública y seguridad

Podemos compartir su información de salud para ciertas situaciones, tales como:

- Prevención de enfermedades
- Ayudar con las retiradas de productos
- Notificación de reacciones adversas a los medicamentos
- Denunciar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona

Investiga

Podemos usar o compartir su información para la investigación de la salud.

Cumplir con la ley

Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quiere ver que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un médico forense o director de funeraria

- Podemos compartir su información de salud con organizaciones de procuración de órganos.
- Podemos compartir información de salud con un médico forense, un médico forense o un director de funeraria cuando una persona fallece.

Abordar la compensación de los trabajadores, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales

Podemos usar o compartir su información de salud:

- Para reclamos de compensación para trabajadores
- Con fines de aplicación de la ley o con un funcionario encargado de hacer cumplir la ley

- Con los organismos de supervisión de la salud para las actividades autorizadas por la ley
- Para funciones gubernamentales especiales, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial

Responder a demandas y acciones legales

Podemos compartir su información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produce una violación que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y las prácticas de privacidad descritas en este aviso y entregarle una copia del mismo.
- No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea la descrita aquí, a menos que nos lo indique por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información, consulte: www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/guidance-materials-for-consumers/index.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, en nuestro sitio web (si corresponde), y le enviaremos una copia por correo.

Otras instrucciones para la notificación

- 1 de enero de 2024
- Human Resources, PMIHR@palaciosmarineindustrial.com

Aviso importante de Palacios Marine & Industrial sobre su cobertura de medicamentos recetados y Medicare

Por favor, lea atentamente este aviso y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados con Palacios Marine & Industrial y sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarle a decidir si desea o no inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si está considerando inscribirse, debe comparar su cobertura actual, incluidos los medicamentos que están cubiertos y a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su área. Al final de este aviso encontrará información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados.

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

1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare comenzó a estar disponible en 2006 para todas las personas con 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 recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare proporcionan al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
2. Palacios Marine & Industrial ha determinado que se espera que la cobertura de medicamentos recetados ofrecida por UMR para el año del plan 2025, en promedio para todos los participantes del plan, pague tanto como paga la cobertura estándar de medicamentos recetados 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 más adelante 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 para Medicare por primera vez y cada año desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Sin embargo, si pierde su cobertura actual de medicamentos recetados acreditable, por causas ajenas a su voluntad, también será elegible para un Período de Inscripción Especial (SEP) de dos (2) meses para unirse a un plan de medicamentos de Medicare.

¿Qué sucede 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 se apliquen las siguientes opciones:

- Si es elegible según los términos del plan, puede permanecer en el plan UMR y no inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare en este momento. Es posible que pueda inscribirse en el programa de medicamentos recetados de Medicare en una fecha posterior sin penalización:
 - Durante el período de inscripción anual de medicamentos recetados de Medicare, o
 - Si pierde High y Platinum la cobertura acreditable.
- COBRA puede ser cancelada cuando, *después de* haber elegido la continuación de la cobertura de COBRA, usted se inscribe en Medicare. De lo contrario, puede permanecer en el plan UMR y también inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare. El plan UMR **será el pagador secundario** y la Parte D de Medicare se convertirá en el pagador principal.
- Usted puede rechazar la cobertura del plan UMR e inscribirse en Medicare como su único pagador de todos los gastos médicos y de medicamentos recetados. Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y cancelar su cobertura actual del plan UMR, tenga en cuenta que usted y sus dependientes (si también eligen cancelar la cobertura de COBRA) no podrán recuperar esta cobertura.

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

También debe saber que si cancela o pierde su cobertura actual con Palacios Marine & Industrial y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días continuos posteriores a la finalización de su cobertura actual, puede pagar una prima más alta (una multa) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. Si pasa 63 días continuos o más sin cobertura acreditable de medicamentos recetados, su prima mensual puede aumentar en al menos un 1% de la prima base del beneficiario de Medicare por mes por cada mes que no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima puede ser consistentemente al menos un 19% más alta que la prima base del beneficiario de Medicare. Es posible que tenga que pagar esta prima más alta (una multa) mientras tenga cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que tengas que esperar hasta el siguiente mes de octubre para unirse.

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

Póngase en contacto con la persona que se indica a continuación para obtener más información.

NOTA: Recibirá este aviso cada año. También lo recibirá antes del próximo período, puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, y si esta cobertura a través de Palacios Marine & Industrial cambia. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

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

Información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados se encuentra en el manual "Medicare y usted". Todos los años, Medicare le enviará una copia del manual por correo. También es posible que los planes de medicamentos de Medicare se comuniquen directamente con usted.

Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

- Visita www.medicare.gov
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (consulte la contraportada interior de su copia del manual "Medicare y usted" para obtener su número de teléfono) para obtener ayuda personalizada
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene ingresos y recursos limitados, hay ayuda adicional disponible para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite el sitio web del Seguro Social en 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 cuando se inscriba para demostrar si ha mantenido o no una cobertura acreditable y, por lo tanto, si debe o no pagar una prima más alta (una multa).

Fecha: 1 de enero de 2025

Nombre/Entidad del remitente: Palacios Marine & Industrial

Posición/Oficina de Contacto: Recursos Humanos

Dirección: 2392 State Hwy 35, Port Lavaca TX 77979

Número de teléfono: 361-893-5390

Asistencia para el pago de primas bajo Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y son elegibles para la cobertura de salud de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia para el pago de la prima que puede ayudar 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, no serán elegibles para estos programas de asistencia para primas, pero es posible que puedan comprar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información, visite www.healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y viven en uno de los estados que se enumeran a continuación, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para averiguar si hay asistencia disponible para el pago de las primas.

Si usted o sus dependientes NO están actualmente inscritos en Medicaid o CHIP, y cree que usted o alguno de sus dependientes podrían ser elegibles para cualquiera de estos programas, comuníquese con su oficina estatal de Medicaid o CHIP o marque **1-877-KIDS NOW** o www.insurekidsnow.gov para averiguar cómo solicitarlo. Si reúne los requisitos, 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 recibir asistencia con las primas de Medicaid o CHIP, así como para el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan de su empleador si aún no está inscrito. A esto se le llama una oportunidad de "inscripción especial", y **debe solicitar cobertura dentro de los 60 días posteriores a la determinación de que es elegible para recibir asistencia con las primas**. Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo al 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 asistencia para pagar las primas del plan de salud 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 la elegibilidad:

ALABAMA – Medicaid

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

ALASKA – Medicaid

El Programa de Pago de Primas de Seguro de Salud de AK
Sitio web: <http://myakhipp.com/>
Teléfono: 1-866-251-4861
Correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com
Elegibilidad para Medicaid: <https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx>

ARKANSAS – Medicaid

Sitio web: <http://myarhipp.com/>
Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)

CALIFORNIA – Medicaid

Sitio web del Programa de Pago de Primas de Seguro Médico (HIPP):
<http://dhcs.ca.gov/hipp>
Teléfono: 916-445-8322
Fax: 916-440-5676
Correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov

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

Sitio web de Health First Colorado: <https://www.healthfirstcolorado.com/>
Centro de contacto para miembros de Health First Colorado:
1-800-221-3943/Retransmisión Estatal 711
CHP+: <https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus>
Servicio al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/State Relay 711
Programa de compra de seguro médico (HIBI): <https://www.mycohibi.com/>
Servicio al cliente de HIBI: 1-855-692-6442

FLORIDA – Medicaid

Sitio web: <https://www.flmedicaidtprecovery.com/flmedicaidtprecovery.com/hipp/index.html>
Teléfono: 1-877-357-3268

GEORGIA – Medicaid

Sitio web de GA HIPP: <https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp>
Teléfono: 678-564-1162, Presione 1
GA CHIPRA Sitio web: <https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra>
Teléfono: 678-564-1162, Presione 2

INDIANA – Medicaid

Programa de Pago de Primas de Seguro de Salud
Todos los demás Medicaid
Sitio web: <https://www.in.gov/medicaid/>
<http://www.in.gov/fssa/dfr/>
Administración de Servicios Sociales y Familiares
Teléfono: 1-800-403-0864
Teléfono de Servicios para Miembros: 1-800-457-4584

IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)

Sitio web de Medicaid:
[Medicaid de Iowa | Salud y Servicios Humanos](#)
Medicaid Teléfono: 1-800-338-8366
Sitio web de Hawki:
[Hawki - Niños sanos y sanos en Iowa | Salud y Servicios Humanos](#)
Teléfono Hawki: 1-800-257-8563
Sitio web de HIPP: Pago [de primas de seguro de salud \(HIPP\) | Salud y Servicios Humanos \(iowa.gov\)](#)
Teléfono de HIPP: 1-888-346-9562

KANSAS – Medicaid

Sitio web: <https://www.kancare.ks.gov/>
Teléfono: 1-800-792-4884
Teléfono HIPP: 1-800-967-4660

KENTUCKY – Medicaid

Sitio web del Programa de Pago de Primas de Seguro Integrado de Salud de Kentucky (KI-HIPP):
<https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx>
Teléfono: 1-855-459-6328
Correo electrónico: KIHIPP.PROGRAM@ky.gov
Sitio web de KCHIP: <https://kynect.ky.gov>
Teléfono: 1-877-524-4718
Sitio web de Medicaid de Kentucky: <https://chfs.ky.gov/agencies/dms>

LOUISIANA – Medicaid

Sitio web: www.medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp
Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)

MAINE – Medicaid

Sitio web de inscripción: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US
Teléfono: 1-800-442-6003
TTY: Relevo de Maine 711
Página web de primas de seguros de salud privados:
<https://www.maine.gov/dhhs/ofl/applications-forms>
Teléfono: 1-800-977-6740
TTY: Relevo de Maine 711

MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP

Sitio web: <https://www.mass.gov/masshealth/pa>
Teléfono: 1-800-862-4840
TTY: 711
Correo electrónico: masspremassistance@accenture.com

MINNESOTA – Medicaid

Sitio web: <https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/>
Teléfono: 1-800-657-3739

MISSOURI – Medicaid

Sitio web: <http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm>
Teléfono: 573-751-2005

MONTANA – Medicaid

Sitio web: <http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP>
Teléfono: 1-800-694-3084
Correo electrónico: HSHIPPProgram@mt.gov

NEBRASKA – Medicaid

Sitio web: <http://www.ACCESSNebraska.ne.gov>
Teléfono: 1-855-632-7633
Lincoln: 402-473-7000
Omaha: 402-595-1178

NEVADA – Medicaid

Sitio web de Medicaid: <http://dhcfp.nv.gov>
Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900

NEW HAMPSHIRE – Medicaid

Sitio web: <https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program>
Teléfono: 603-271-5218
Número gratuito del programa HIPP: 1-800-852-3345, ext. 15218
Correo electrónico: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov

NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP

Sitio web de Medicaid: <http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/>
Teléfono: 1-800-356-1561
Teléfono de Medicaid: 609-631-2392
Sitio web de CHIP: <http://www.njfamilycare.org/index.html>
Teléfono CHIP: 1-800-701-0710 (TTY: 711)

NUEVA YORK – Medicaid

Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/
Teléfono: 1-800-541-2831

CAROLINA DEL NORTE – Medicaid

Sitio web: <https://medicaid.ncdhhs.gov/>
Teléfono: 919-855-4100

DAKOTA DEL NORTE – Medicaid

Sitio web: <https://www.hhs.nd.gov/healthcare>
Teléfono: 1-844-854-4825

OKLAHOMA – Medicaid y CHIP

Sitio web: <http://www.insureoklahoma.org>
Teléfono: 1-888-365-3742

OREGÓN – Medicaid y CHIP

Sitio web: <http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx>
Teléfono: 1-800-699-9075

PENNSYLVANIA – Medicaid y CHIP

Sitio web: <https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html>
Teléfono: 1-800-692-7462
Sitio web de CHIP: [Programa de Seguro Médico para Niños \(CHIP, por sus siglas en inglés\) \(pa.gov\)](#)
Teléfono CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)

RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP

Sitio web: <http://www.eohhs.ri.gov/>
Teléfono: 1-855-697-4347, o
401-462-0311 (Línea Directa de Renta Compartida)

CAROLINA DEL SUR – Medicaid

Sitio web: <https://www.scdhhs.gov>
Teléfono: 1-888-549-0820

DAKOTA DEL SUR – Medicaid

Sitio web: <http://dss.sd.gov>
Teléfono: 1-888-828-0059

TEXAS – Medicaid

Sitio web: [Programa de Pago de Primas de Seguro Médico \(HIPP\) | Salud y Servicios Humanos de Texas](#)
Teléfono: 1-800-440-0493

UTAH – Medicaid y CHIP

Sitio web de la Asociación de Primas para el Seguro de Salud (UPP) de Utah: <https://medicaid.utah.gov/upp/>
Correo electrónico: upp@utah.gov
Teléfono: 1-888-222-2542
Sitio web de expansión para adultos: <https://medicaid.utah.gov/expansion/>
Sitio web del Programa de Compra de Medicaid de Utah: <https://medicaid.utah.gov/buyout-program/>
Sitio web de CHIP: <https://chip.utah.gov/>

VERMONT – Medicaid

Sitio web: [Programa de Pago de Primas de Seguro Médico \(HIPP\) | Acceso a la salud del Departamento de Vermont](#)
Teléfono: 1-800-250-8427

VIRGINIA – Medicaid y CHIP

Sitio web: <https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select>
<https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs>
Teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924

WASHINGTON – Medicaid

Sitio web: <https://www.hca.wa.gov/>

Teléfono: 1-800-562-3022

VIRGINIA OCCIDENTAL – Medicaid y CHIP

Sitio web: <https://dhhr.wv.gov/bms/>

<http://mywvhipp.com/>

Teléfono de Medicaid: 304-558-1700

Teléfono gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)

WISCONSIN – Medicaid y CHIP

Sitio web:

<https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm>

Teléfono: 1-800-362-3002

WYOMING – Medicaid

Sitio web: <https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/>

Teléfono: 1-800-251-1269

Para ver si otros estados han agregado un programa de asistencia para el pago de las primas desde el 31 de julio de 2024, o para obtener más información sobre los derechos especiales de inscripción, comuníquese con:

Departamento de Trabajo de EE. UU.

Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados

www.dol.gov/agencies/ebsa

1-866-444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

www.cms.hhs.gov

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

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Pub.L.104-13) (PRA), ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que dicha recopilación muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El Departamento señala que una agencia federal no puede llevar a cabo o patrocinar una recopilación de información a menos que sea aprobada por la OMB bajo la PRA, y muestre un número de control de la OMB actualmente válido, y el público no está obligado a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control de la OMB actualmente válido. Véase 44 U.S.C.3507. Además, sin perjuicio de cualquier otra disposición de la ley, ninguna persona estará sujeta a sanciones por no cumplir con una recopilación de información si la recopilación de información no muestra un número de control de la OMB actualmente válido. Véase 44 U.S.C.3512.

Se estima que la carga de presentación de informes públicos para esta recopilación de información es de aproximadamente siete minutos por encuestado. Se alienta a las partes interesadas a enviar comentarios con respecto a la estimación de la carga o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, al Departamento de Trabajo de EE. UU., Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados, Oficina de Política e Investigación, Atención: Oficial de Autorización de PRA, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210 o envíe un correo electrónico a_ebsa.opr@dol.gov y haga referencia al número de control de la OMB 1210-0137.

Número de control OMB 1210-0137 (vence el 31/01/2026)