



Plan de Salud Estatal de Carolina del Norte

Guía de Decisiones de Inscripción Abierta 2025
30 DE SEPTIEMBRE - 25 DE OCTUBRE, 2024

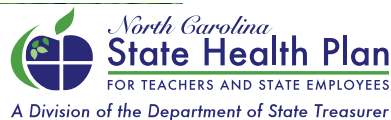


"Como Tesorero del Estado, ha sido un honor servirles durante los últimos ocho años. ¡Me complace que hayamos congelado las primas por siete años consecutivos! Siempre ha sido mi objetivo preservar y proteger el Plan Estatal de Salud para los trabajadores de los servicios públicos actuales y futuros y brindar atención médica de calidad, accesible y asequible a sus afiliados.

A partir del 1 de enero de 2025, cambiaremos nuestro administrador externo (TPA) de Blue Cross NC a Aetna. Después de 47 años, estamos cambiando la transmisión. El Consejo Directivo del Plan de Salud Estatal tomó la decisión de cambiarse a Aetna, al igual que Truist Bank y otros grandes empleadores de Carolina del Norte. Aetna está preparado para servir a nuestros miembros y esta trabajando arduamente para que la transición sea lo más fluida posible, además de ofrecer muchas funciones nuevas excelentes, como una línea de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y servicios de atención virtual.

Lo animo a que revise sus opciones en esta Guía de Decisiones, anote los cambios que ocurren con el nuevo TPA y que tome medidas cuando sea necesario. Ha sido un gran privilegio servirlo como Tesorero del Estado".

Dale R. Folwell, CPA
Tesorero del Estado



Dale R. Folwell, CPA
STATE TREASURER OF NORTH CAROLINA
DALE R. FOLWELL, CPA

Inscripción Abierta es el momento de revisar su cobertura actual y decidir qué opción de plan de salud cubre mejor sus necesidades para el próximo año de beneficios. Bajo Aetna, nuestro nuevo TPA, el Plan de Salud Estatal seguirá ofreciendo dos planes a los miembros: the Enhanced PPO Plan (el Plan PPO Mejorado) (80/20) y the Base PPO Plan (Plan PPO básico) (70/30).

**ASPECTOS
DESTACADOS
IMPORTANTES
SOBRE SUS
BENEFICIOS
PARA 2025**

- ✓ Mismas opciones de plan [Plan PPO Básico (70/30) y Plan PPO Mejorado (80/20)]
- ✓ Sin cambios en los beneficios
- ✓ Sin aumento de primas
- ✓ Nuevo TPA
- ✓ Nueva tarjeta de identificación (ID)
- ✓ Nuevos programas ampliados de gestión de enfermedades y casos
- ✓ Nueva Línea de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana
- ✓ Nuevos servicios de atención virtual mediante Teladoc
- ✓ Nuevo programa de descuentos de LifeMart

Las elecciones que haga durante la Inscripción Abierta son para beneficios que entrarán en vigor desde el 1 de enero de 2025 hasta el 31 de diciembre de 2025. Una vez que elija su plan de beneficios, no podrá cambiar de plan hasta el próximo período de Inscripción Abierta. El tipo de cobertura que seleccione (por ejemplo, solo para suscriptores) permanecerá en vigor hasta el próximo año de beneficios, a menos que experimente un acontecimiento de vida que califique. Se incluye una lista de acontecimientos que califican en su Folleto de Beneficios, disponible en el sitio web del Plan de Salud Estatal en www.shpnc.org.

¡SU ACCIÓN ES REQUERIDA! Todos los miembros quedarán inscritos automáticamente en el Plan PPO Básico (70/30), que tendrá una prima de \$85 solo para suscriptores. Puede reducir esta prima en \$60 a una prima de \$25 solo para suscriptores completando la declaración sobre consumo de tabaco.

Los miembros que quieran inscribirse en el Plan PPO Mejorado (80/20) o que quieran reducir su prima mensual en el Plan PPO Mejorado (80/20) o el Plan PPO Básico (70/30) completando la declaración sobre consumo de tabaco **DEBEN TOMAR ACCIÓN** durante la Inscripción Abierta.

Durante la Inscripción Abierta, todos los miembros deberán VOLVER A SELECCIONAR un Proveedor de atención primaria (PCP) para continuar disfrutando copagos más bajos, cuando visiten a ese proveedor en 2025. Los miembros harán esto durante el proceso de Inscripción Abierta en línea en eBenefits, el sistema de inscripción del Plan.



Un vistazo a sus opciones para 2025

Para 2025, el Plan de Salud Estatal continuará ofreciendo dos Planes de Organización de Proveedores Preferidos (PPO) administrados por Aetna. Le recordamos que Aetna es el nuevo administrador externo (TPA) de la red del Plan de Salud Estatal de Carolina del Norte. Procesan los reclamos médicos y ofrecen una red de proveedores, pero los contribuyentes, como usted, pagan por su cobertura. Ambos planes le brindan flexibilidad para visitar a cualquier proveedor, ya sea dentro o fuera de la red, y recibir la cobertura de beneficios. Sin embargo, paga menos cuando visita a un proveedor dentro de la red.

PLAN PPO MEJORADO (80/20)

- El Plan PPO Mejorado (80/20) es un plan PPO en el que usted paga 20% de coseguro por los servicios elegibles dentro de la red después de alcanzar su deducible. Para algunos servicios (p. ej., visitas en el consultorio, atención de urgencia o visitas a la sala de emergencias), usted paga un copago.
- El Plan PPO Mejorado (80/20) tiene un gasto máximo de bolsillo combinado médico y de farmacia, que es de \$4,890 (cobertura dentro de la red/solo para suscriptores). Esto significa que una vez que alcance esta cantidad, el beneficio de su Plan cubrirá el 100% de los gastos cubiertos dentro de la red para el resto del año de beneficios.
- Los servicios preventivos realizados por un proveedor dentro de la red están cubiertos al 100%. Esto significa que, para sus exámenes físicos o exámenes preventivos anuales, como una colonoscopia, ¡NO HABRÁ COPAGO!
- **Tenga en cuenta: Durante la Inscripción Abierta, los miembros deberán volver a seleccionar a su Proveedor de atención primaria (PCP) para 2025.**

PLAN PPO BÁSICO (70/30)

- El Plan PPO Básico (70/30) es un plan PPO en el que usted paga un coseguro del 30% por los gastos elegibles dentro de la red después de alcanzar su deducible. Para algunos servicios (p. ej., visitas en el consultorio, atención de urgencia o visitas a la sala de emergencias), usted paga un copago.
- El Plan PPO Básico (70/30) tiene un gasto máximo de bolsillo combinado médico y de farmacia, que asciende a \$5,900 (cobertura dentro de la red/solo para suscriptores). Esto significa que una vez que alcance esta cantidad, el beneficio de su Plan cubrirá el 100% de los gastos cubiertos dentro de la red para el resto del año de beneficios.
- ¡Los servicios preventivos realizados por un proveedor dentro de la red están cubiertos al 100%! Esto significa que, para sus próximos exámenes físicos o exámenes preventivos anuales, como una colonoscopia, ¡NO HABRÁ COPAGO!
- **Tenga en cuenta: Durante la Inscripción Abierta, los miembros deberán volver a seleccionar a su Proveedor de atención primaria (PCP) para 2025.**

Para obtener información completa de la cobertura, los miembros deben consultar el Manual de Beneficios en el sitio web del Plan en www.shpnc.org.

Amplia Red Nacional de Aetna

Los miembros del Plan de Salud Estatal podrán disfrutar de la amplia red nacional de Aetna, la cual incluye el 99.5% de proveedores de Carolina del Norte, incluidos los principales hospitales de Carolina del Norte. Para encontrar a su proveedor, visite el sitio web del Plan en www.shpnc.org, haga clic en "Find a Doctor (Encontrar un médico)" y seleccione "Aetna 2025 (Aetna 2025)".

AHORROS DEL PROVEEDOR DEL PROYECTO DE PRECIOS TRANSPARENTES

Como miembro del Plan de Salud Estatal, tiene acceso a la red del Plan de Salud Estatal de Carolina del Norte, que está formada por proveedores que se unieron al Proyecto de Precios Transparentes (CPP) del Plan y a la red de Aetna. Los proveedores del CPP han acordado hacer que la atención médica sea más accesible y transparente. El Plan seguirá ofreciendo visitas sin copago o con reducciones importantes de copago para los miembros que visiten a un proveedor del CPP en 2025.

Para encontrar un proveedor del CPP, visite el sitio web del Plan en www.shpnc.org, haga clic en "Encontrar un Médico" y seleccione "Aetna 2025". Después, busque "Clear Pricing Project Provider" (Proveedor del Proyecto de Precios Transparentes) junto al nombre del proveedor. Los proveedores del CPP debían volver a inscribirse en Aetna para 2025, por lo que es posible que su proveedor de CPP decidiera no participar en CPP para 2025.

TABLA COMPARATIVA DE COPAGOS DE PROVEEDORES DEL PROYECTO DE PRECIOS TRANSPARENTES

PROVEEDOR	PLAN MEJORADO 80/20	PLAN BÁSICO 70/30
Proveedor de atención primaria (PCP)	PCP del CPP en su tarjeta de identificación \$0 PCP que no es del CPP en su tarjeta de identificación \$10 Otros PCP \$25	PCP del CPP en su tarjeta de identificación \$0 PCP que no es del CPP en su tarjeta de identificación \$30 Otros PCP \$45
Proveedor de Salud Conductual	Proveedor del CPP \$0 Proveedor que no es del CPP \$25	Proveedor del CPP \$0 Proveedor que no es del CPP \$45
Especialista	Especialistas del CPP \$40 Especialistas que no son del CPP \$80	Especialistas del CPP \$47 Especialistas que no son del CPP \$94
Terapia del Habla, Ocupacional, Quiropráctica y Fisioterapia	Proveedores del CPP \$26 Proveedores que no son del CPP \$52	Proveedores del CPP \$36 Proveedores que no son del CPP \$72



Comparación de Planes de Salud Estatales de 2025

LO QUE USTED PAGA

CARACTERÍSTICAS DEL DISEÑO DEL PLAN	PLAN PPO MEJORADO (80/20)		PLAN PPO BÁSICO (70/30)	
	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Deducible anual	\$1,250 Individual \$3,750 Familiar	\$2,500 Individual \$7,500 Familiar	\$1,500 Individual \$4,500 Familiar	\$3,000 Individual \$9,000 Familiar
Coseguro	20% de los gastos elegibles después de alcanzar el deducible	40% de los gastos elegibles después de alcanzar el deducible y la diferencia entre la cantidad permitida y el cargo	30% de los gastos elegibles después de alcanzar el deducible	50% de los gastos elegibles después de alcanzar el deducible y la diferencia entre la cantidad permitida y el cargo
Gasto máximo de bolsillo (Médico y de farmacia combinados)	\$4,890 Individual \$14,670 Familiar	\$9,780 Individual \$29,340 Familiar	\$5,900 Individual \$16,300 Familiar	\$11,800 Individual \$32,600 Familiar
Servicios Preventivos	\$0 (Cubierto por el Plan al 100%)	No aplica	\$0 (Cubierto por el Plan al 100%)	No aplica
Visitas en el Consultorio	\$0 para PCP del CPP en su tarjeta de identificación; \$10 para PCP que no es del CPP en su tarjeta de identificación; \$25 para cualquier otro PCP	40% después de alcanzar el deducible	\$0 para PCP del CPP en su tarjeta de identificación; \$30 para PCP que no es del CPP en su tarjeta de identificación; \$45 para cualquier otro PCP	50% después de alcanzar el deducible
Teladoc	\$25		\$45	
Visitas a Especialistas	Especialista del CPP \$40 Otros Especialistas \$80	40% después de alcanzar el deducible	Especialista del CPP \$47 Otros Especialistas \$94	50% después de alcanzar el deducible
Terapia del Habla, Ocupacional, Quiropráctica y Fisioterapia	Proveedor del CPP \$26 Otro proveedor \$52	40% después de alcanzar el deducible	Proveedor del CPP \$36 Otro proveedor \$72	50% después de alcanzar el deducible
Atención de Urgencia	\$70		\$100	
Sala de Emergencias (Copago exento con hospitalización o estancia de observación)	Copago de \$300, luego 20% después de alcanzar el deducible		Copago de \$337, luego 30% después de alcanzar el deducible	
Hospitalización	Copago de \$300, luego 20% después de alcanzar el deducible. Fuera de la red: \$300 de copago, luego 40% después de alcanzar el deducible.		Copago de \$337, luego 30% después de alcanzar el deducible. Fuera de la red: \$337 de copago, luego 50% después de alcanzar el deducible.	
Beneficios de Farmacia				
Nivel 1 (Medicamentos Genéricos)	Copago de \$5 por un suministro para 30 días		Copago de \$16 por un suministro para 30 días	
El Nivel 2 (Marca Preferida y Genérica de Alto Costo) incluye medidores de glucosa continuos y suministros preferidos	Copago de \$30 por un suministro para 30 días		Copago de \$47 por un suministro para 30 días	
Nivel 3 (Medicamentos de Marcas Sin Preferencia)	Deducible/coseguro		Deducible/coseguro	
Nivel 4 (Medicamentos Genéricos de Especialidad de Bajo Costo)	Copago de \$100 por un suministro para 30 días		Copago de \$200 por un suministro para 30 días	
Nivel 5 (Medicamentos Especializados Preferidos)	Copago de \$250 por un suministro para 30 días		Copago de \$350 por un suministro para 30 días	
Nivel 6 (Medicamentos Especializados No Preferidos)	Deducible/coseguro		Deducible/coseguro	
Suministros Preferidos para Pruebas de Diabetes*	Copago de \$5 por un suministro para 30 días		Copago de \$10 por un suministro para 30 días	
Insulina preferida y sin preferencia	Copago de \$0 por un suministro para 30 días		Copago de \$0 por un suministro para 30 días	
Medicamentos Preventivos	\$0 (Cubierto por el Plan al 100%)		\$0 (Cubierto por el Plan al 100%)	

*La marca preferida son las tiras reactivas OneTouch. PCP significa Proveedor de atención primaria.

CÓMO ENTENDER SUS BENEFICIOS FARMACÉUTICOS

El Plan de Salud Estatal usa un formulario cerrado personalizado (lista de medicamentos). El formulario indica qué medicamentos están y no están cubiertos por el Plan. Todos los medicamentos que están en el formulario están agrupados en niveles. El nivel de su medicamento y el plan determinan la parte del costo que usted debe pagar. El Administrador de Beneficios de Farmacia del Plan es CVS Caremark.

Un proceso de excepción a la exclusión del formulario está disponible para los miembros del Plan que, por indicación de su proveedor, tienen una necesidad médica de permanecer con un medicamento excluido o que no está cubierto. Si un miembro recibe la aprobación de una solicitud de excepción para un medicamento excluido, dicho medicamento se incluirá en el Nivel 3 o en el Nivel 6, y el miembro estará sujeto al costo compartido aplicable.

Una vez que alcance su deducible, será responsable por el coseguro, hasta que alcance el máximo de gastos de bolsillo. Para los medicamentos que estén sujetos a un coseguro, en la mayoría de los casos, los miembros tendrán gastos de bolsillo más altos. Le recomendamos que hable con su proveedor de las opciones de medicamentos genéricos, ¡lo que puede ahorrarle dinero!

NOTAS IMPORTANTES SOBRE BENEFICIOS DE FARMACIA

- En ambos planes, los medicamentos no preferidos de Nivel 3 y de Nivel 6 no tienen un copago definido, pero están sujetos al deducible/coseguro de su plan específico. Esto significa que tendrá que pagar el costo total del medicamento hasta alcanzar el deducible.
- El formulario (lista de medicamentos), que determina qué medicamentos están cubiertos y en qué nivel se encuentran, cambia cada tres meses, por lo que existe la posibilidad de que tenga cambios en su cobertura de medicamentos con receta en 2025.
- Los cambios en el formulario no se consideran acontecimientos de vida calificados que permitirían cambios en la cobertura de su plan.

RECURSOS DE BENEFICIOS DE FARMACIA

Estas herramientas incluyen información basada en el formulario de 2024 y están sujetas a cambios antes del 1 de enero de 2025.

- **Herramienta de Búsqueda de Medicamentos:** una herramienta en línea que le permite buscar un medicamento para determinar si es un medicamento cubierto y obtener un costo estimado de bolsillo.
- **Lista de Medicamentos Preferidos:** una lista de medicamentos preferidos, indicando qué medicamentos exigen aprobación previa.
- **Lista Completa del Formulario:** una lista completa de medicamentos cubiertos y su asignación de nivel.
- **Lista de Medicamentos Preventivos:** los medicamentos en esta lista están cubiertos al 100%, lo que significa que no hay ningún gasto de bolsillo para usted.
- **Lista de Medicamentos Especializados:** una lista completa de todos los medicamentos disponibles mediante CVS Specialty. El formulario o la lista de medicamentos se actualiza durante el año, de manera trimestral, por lo que siempre existe la posibilidad de que cambie el estado de cobertura de sus medicamentos, lo que podría afectar a sus costos de bolsillo.
- **El Administrador de Beneficios de Farmacia del Plan, CVS Caremark,** es otro recurso valioso mientras navega por sus decisiones. Para comunicarse con el área de Atención al Cliente de CVS, puede llamar al 888-321-3124, o iniciar sesión en su cuenta en www.caremark.com. Recuerde siempre discutir sus opciones de prescripción con su proveedor de atención médica, para encontrar el tratamiento con la mejor relación costo/beneficio.

Los Recursos de Beneficios de Farmacia están en el sitio web del Plan en www.shpnc.org.

PRIMAS MENSUALES PARA EL 2025

¡Por séptimo año consecutivo, no hay aumentos en las primas! Las primas mensuales mencionadas se aplican únicamente a los suscriptores activos. Las primas mensuales para todos los miembros se pueden encontrar en el sitio web del Plan en www.shpnc.org.

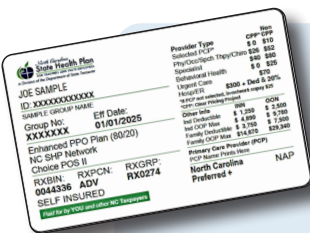
PRIMAS MENSUALES PARA EL 2024		
	Plan PPO Mejorado (80/20)*	Plan PPO Básico (70/30)*
Solo para el suscriptor	\$50	\$25
Suscriptor + Hijo(s)	\$305	\$218
Suscriptor + Cónyuge	\$700	\$590
Suscriptor + Familia	\$720	\$598

*Se debe haber completado la declaración sobre consumo de tabaco.

REDUCCIÓN DE LA PRIMA POR DECLARACIÓN SOBRE CONSUMO DE TABACO

- Si declara que no consume tabaco o acepta una sesión de asesoramiento para dejar de fumar y sube la documentación requerida antes de la fecha límite, reducirá su prima en \$60 por mes en 2025 (el crédito de prima solo se aplica a la prima exclusiva para suscriptores).
- Si usted NO consume tabaco, simplemente deberá completar una declaración en línea durante el período de Inscripción Abierta para recibir el crédito de prima.
- Incluso si completó la declaración sobre consumo de tabaco durante la Inscripción Abierta del año pasado, o recién se inscribió para recibir cobertura del Plan de Salud Estatal este año como nuevo empleado, debe realizar una nueva declaración durante el período de Inscripción Abierta de este año para recibir el crédito de prima de \$60 para el año de beneficios del Plan 2025.
- ¡Los usuarios de tabaco pueden asistir GRATIS a una sesión de asesoramiento para dejar de fumar en el consultorio de un proveedor para recibir una prima más baja para 2025! **Tiene hasta el 30 de noviembre de 2024 para completar una sesión de asesoramiento y subir la documentación necesaria de su visita.**
- Si combina su visita para dejar de fumar con otro servicio, puede haber un copago.
- Después de visitar a un proveedor para su sesión para dejar de fumar, el proveedor presentará un reclamo en su nombre. Para asegurarse de recibir crédito por su visita, debe cargar el resumen de su visita al consultorio en el "Document Center" (Centro de Documentos) ubicado en eBenefits, el sistema de inscripción del Plan. Asegúrese de solicitar una copia del resumen de su visita durante la sesión de asesoramiento.

	Plan PPO Mejorado (80/20)	Plan PPO Básico (70/30)
Prima Mensual Solo para Suscriptores	\$110	\$85
<i>*Dar fe de no ser usuario de tabaco o aceptar visitar a un proveedor (antes del 30 de noviembre de 2024) para al menos una sesión de asesoramiento para dejar de fumar y subir la documentación necesaria antes del plazo para ganar un crédito de prima mensual de \$60.</i>	-\$60	-\$60
Total de la prima mensual solo para el suscriptor (con crédito)	\$50	\$25



Nueva tarjeta de identificación (ID) del Plan de Salud Estatal

Todos los miembros, independientemente de las acciones tomadas durante la Inscripción Abierta, recibirán una nueva tarjeta de identificación, que incluirá un nuevo número de identificación de Aetna antes del 1 de enero de 2025. Deberá comenzar a usar esta tarjeta el 1 de enero de 2025, para todos sus servicios médicos y farmacéuticos. Su tarjeta de ID de 2024 ya no será válida.

¡OFERTAS AMPLIADAS DE AETNA PARA USTED!

Sus beneficios no están cambiando, pero los servicios disponibles para usted se están ampliando sin costo adicional. La asociación del Plan Estatal de Saludcon Aetna significa aún más ofertas de beneficios para los miembros, que incluyen:

- **Servicios de salud de Teladoc**
- **Nueva Línea de enfermería 24 horas al día, 7 días a la semana**
- **Nuevo Programa de Descuento de LifeMart**
- **Servicios Ampliados de Gestión de Enfermedades y Casos**
- **Etilo de vida y entrenamiento de acondicionamiento**

Los miembros tendrán acceso a estos servicios a partir del 1 de enero de 2025. Necesitará su nueva tarjeta de ID de Plan de Salud Estatal 2025 de Aetna para registrarse. Se incluirá información más detallada sobre cómo registrarse en el envío de su nueva tarjeta de ID.

Campaña de Inscripción Abierta para 2025

¿Tiene preguntas? ¡Nosotros tenemos las respuestas! Estamos listos para recibirlo donde quiera que esté: ¡en persona, en línea o por teléfono!

El autobús y la camioneta de Aetna visitarán más de 20 ubicaciones en eventos presenciales en todo el estado. ¡No es necesario registrarse! Cada parada ofrecerá:

- La oportunidad de hacer preguntas a los representantes de Aetna sobre la transición, incluida la posibilidad de buscar a sus proveedores.
- Vacunas contra la gripe hasta agotar existencias.
- La oportunidad de aprender más sobre el programa Eat Smart, Move More, Weigh Less (Come Inteligente, Muévete más, Pese menos) a través de representantes en ciertas ubicaciones.

Encuentre una lista completa de las paradas de la gira de Aetna en el sitio web del Plan, en www.shpnc.org.

SEMINARIOS WEB DE INSCRIPCIÓN ABIERTA

Estos breves seminarios web diseñados para garantizar que comprenda las opciones de su plan de salud para 2025.

FECHAS DE LOS SEMINARIOS WEB	HORARIOS DE LOS SEMINARIOS WEB
9/11/2024	Mediodía y 4 p.m.
9/12/2024	Mediodía y 4 p.m.
9/18/2024	Mediodía y 4 p.m.
9/19/2024	Mediodía y 4 p.m.
9/25/2024	Mediodía y 4 p.m.
9/26/2024	Mediodía y 4 p.m.
9/27/2024	Mediodía
10/2/2024	Mediodía y 4 p.m.
10/3/2024	Mediodía y 4 p.m.
10/8/2024	7 p.m.
10/10/2024	Mediodía y 4 p.m.
10/15/2024	10 a.m. y 4 p.m.
10/16/2024	10 a.m. y 4 p.m.
10/21/2024	Mediodía y 4 p.m.

ASAMBLEAS TELEFÓNICAS

Las asambleas telefónicas son como escuchar un programa de radio por teléfono. Simplemente proporcione su número de teléfono al registrarse, y lo llamaremos para unirse al comienzo del evento. Los miembros que se hayan registrado y los miembros con un número de teléfono válido en el sistema de inscripción eBenefits del Plan de Salud Estatal, recibirán una llamada antes de un evento, la cual les invitará a unirse. Si el número de teléfono que tenemos registrado es un número de teléfono móvil, debe registrarse y aceptar que lo contactemos para la reunión a través de su número de teléfono móvil. Tenga en cuenta que su número de teléfono permanecerá confidencial y solo se utilizará para contactarlo con este fin.

FECHAS DE ASAMBLEAS TELEFÓNICAS (TTH)	HORARIOS DE TTH
9/26/2024	7 p.m.
10/3/2024	7 p.m.

Para obtener detalles completos sobre todos los Eventos de la Inscripción Abierta y para registrarse en un seminario web o asamblea telefónica, visite el sitio web del Plan en www.shpnc.org.

Lista de Verificación para la Inscripción Abierta

- ✓ Visite www.shpnc.org para obtener más información sobre sus beneficios de 2025. Utilice los recursos para ayudarle con su toma de decisiones. Encontrará una comparación de planes, hojas de tarifas, videos y Folletos de Beneficios.
- ✓ Cuando esté listo para inscribirse o cambiar su plan, a partir del 30 de septiembre de 2024, visite www.shpnc.org y haga clic en eBenefits.
- ✓ Inicie sesión en el sistema eBenefits. Es posible que deba crear una cuenta si es usuario por primera vez.
- ✓ Revise la información sobre sus dependientes y realice cambios, si es necesario. Si agrega un nuevo dependiente, deberá proporcionar los números de Seguro Social y se le pedirá que suba la documentación requerida.
- ✓ Elija su plan: Plan PPO Mejorado (80/20) o Plan PPO Básico (70/30).
- ✓ Complete la declaración sobre consumo de tabaco para reducir su prima mensual.
- ✓ **Recuerde volver a seleccionar a su proveedor de atención primaria. ¡Recuerde que puede ahorrar aun más seleccionando un PCP del Proyecto de Precios Transparentes!**
- ✓ Revise los beneficios que ha seleccionado. Si está satisfecho con sus elecciones, se le pedirá que **SAVE (GUARDE)** su inscripción.
- ✓ Después de elegir las opciones, y de que se muestren en la pantalla para que usted las revise y las imprima, DEBE desplazarse hacia la parte de abajo de la página y hacer clic en el botón **SAVE (GUARDAR)**; de lo contrario, no se guardarán las opciones que haya elegido.
- ✓ **Imprima su declaración de confirmación para sus registros.**

¿OLVIDO SU CONTRASEÑA para eBenefits?

Para los miembros que inician sesión directamente en eBenefits (no a través de un portal de empleador), pueden restablecer su contraseña usted mismo y NO necesitan llamar al Centro de soporte de elegibilidad e inscripción para restablecer su contraseña.

Si tiene problemas para iniciar sesión en eBenefits, no continúe intentando iniciar sesión o bloqueará su cuenta. En su lugar, tiene la opción de restablecer su contraseña. Simplemente haga clic en "Restablecer su cuenta" en la página de inicio de sesión y luego haga clic en "No recuerdo mi contraseña". Desde allí, accederá a una pantalla que le pedirá que ingrese su nombre de usuario, para que se le pueda enviar un código de acceso a la dirección de correo electrónico que tiene en eBenefits.

Consejo: Asegúrese de que su contraseña de eBenefits esté actualizada antes de comenzar la Inscripción Abierta para garantizar un proceso más fluido.

RECUERDE: ¡SU ACCIÓN ES REQUERIDA!

Todos los miembros quedarán inscritos automáticamente en el Plan PPO básico (70/30), que tendrá una prima de \$85 solo para suscriptores. Puede reducir esta prima en \$60 a una prima de \$25 solo para suscriptores completando la declaración sobre consumo de tabaco. Los miembros que quieran inscribirse en el Enhanced PPO Plan (80/20) o que quieran reducir su prima mensual en el Enhanced PPO Plan (80/20) o el Base PPO Plan (70/30) completando la declaración sobre consumo de tabaco DEBEN TOMAR MEDIDAS durante la inscripción abierta, desde el 30 de septiembre al 25 de octubre de 2024.

¡NO ESPERE HASTA EL ÚLTIMO MOMENTO!

Centro de Soporte de Elegibilidad e Inscripción: 855-859-0966

Durante la Inscripción Abierta, el Centro de Soporte de Elegibilidad e Inscripción ofrecerá horarios extendidos.
Lunes-viernes: 8 a.m.-10 p.m. y sábados: 8 a.m.-5 p.m.

Aetna Health Concierge (Servicio al cliente): 833-690-1037

Durante la Inscripción Abierta, Aetna estará disponible en un horario extendido:
Lunes-viernes: 8 a.m.-8 p.m., y Saturday 8 a.m.-2 p.m.

MANTÉNGASE EN CONTACTO

¡No se pierda la información del Plan de Salud Estatal! ¡Tenemos varias maneras para que se mantenga informado!



Síguenos en Facebook
facebook.com/SHPNC/



Instagram (@nchealthplan)



Suscríbese a Member Focus, el boletín electrónico mensual del Plan de Salud Estatal, suscribiéndose en www.shpnc.org.

Avisos legales

Aviso de Prácticas de Privacidad del Plan de Salud Estatal para Maestros y Empleados Estatales

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSELO DETENIDAMENTE.

Fecha original de entrada en vigor: 14 de abril de 2003

Fecha de vigencia original: 10 de junio de 2021

Introducción

Una ley federal, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro de Salud (HIPAA), requiere que protejamos la privacidad de la información de salud identificable que es creada o recibida por o en nombre del Plan. Este aviso describe las obligaciones del Plan según HIPAA, cómo se puede utilizar y divulgar su información médica, sus derechos según las disposiciones de privacidad de HIPAA y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor revíselo detenidamente.

Sus Derechos

Usted tiene derecho a:

- Obtener una copia de sus registros de salud y reclamaciones
- Corregir sus registros de salud y reclamaciones
- Pedir que la comunicación sea confidencial
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos
- Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información
- Obtener una copia de este aviso de privacidad
- Elegir a una persona para que actúe en su nombre
- Presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad

Sus opciones

Tiene algunas opciones en la forma en que usamos y compartimos información si:

- Respondemos las preguntas de cobertura de su familia y amigos
- Proporcionamos ayuda en casos de desastre
- Comercializamos nuestros servicios o vendemos su información.

Nuestros Usos y Divulgaciones

Podemos usar y compartir su información a:

- Ayudar a administrar el tratamiento de atención médica que recibe
- Dirigir nuestra organización
- Pagar por sus servicios de salud
- Administrar su plan médico
- Ayudar con problemas de seguridad y salud pública
- Investigar
- Cumplir con la ley
- Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un médico forense o director de funeraria
- Abordar la compensación laboral, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales
- Responder a demandas y acciones judiciales

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 ayudarlo a obtener una copia de sus registros de salud y reclamaciones

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

- Puede pedirnos que corrijamos sus registros de salud y de reclamos si cree que son incorrectos o están incompletos. Pregúntenos cómo hacer esto.
- Podemos decir "no" a su solicitud, pero le informaremos el motivo por escrito dentro de 60 días.
- Solicitar comunicaciones confidenciales.
- Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, al teléfono de su casa o de la 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 o compartamos cierta información médica para tratamientos, pagos o nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir "no" si afectaría su atención.
- Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido información.
- Puede solicitar una lista (contabilidad) de las veces que compartimos su información médica (incluyendo expedientes médicos, expedientes de facturación y cualquier otro registro que se usó para tomar decisiones sobre sus beneficios de atención médica) durante seis años anteriores a la fecha en que solicita, con quién lo compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto: (1) divulgaciones con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica; (2) divulgaciones hechas a usted; (3) divulgaciones realizadas de conformidad con su autorización; (4) divulgaciones hechas a amigos o familiares en su presencia o debido a una emergencia; (5) divulgaciones con fines de seguridad nacional; y (6) divulgaciones incidentales a divulgaciones que de otro modo estarían permitidas.
- Para solicitar un informe, debe enviar una solicitud por escrito al Contacto de Privacidad identificado en este aviso. Su solicitud debe indicar un período de tiempo no mayor a seis (6) años.

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 en papel de manera inmediata.

Elegir a una persona para que actúe en su nombre

- Si le ha otorgado a alguien un poder 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 considera que se han quebrantado sus derechos.

- Puede presentar una queja si cree que hemos violado sus derechos comunicándose con nosotros utilizando 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 EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services) 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/.
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Sus Opciones

Para cierta información médica, usted puede decirnos que podemos compartir. Si tiene una preferencia clara sobre la manera de revelar su información en las situaciones descritas abajo, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos, y nosotros seguiremos sus instrucciones.

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

- Que compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su atención.
- Que compartamos información en caso de necesitar ayuda debido a un desastre.

Si usted no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, porque está inconsciente, podremos compartir su información si consideramos que es lo mejor para usted. También podemos revelar su información cuando sea necesario para minimizar un riesgo grave e inminente para la salud o la seguridad.

En estos casos, nunca compartiremos su información, a menos que dé su autorización por escrito:

- Con fines de marketing, incluyendo cuando da su número de teléfono móvil con el propósito expreso de inscribirse en el programa de mensajes de texto del Plan. Para obtener más información, consulte los "Términos y condiciones del envío de SMS";
- Vender su información

Nuestros Usos y Divulgaciones

¿Cómo usamos o compartimos normalmente su información de salud?

Normalmente utilizamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras:

Para ayudar a gestionar el tratamiento de atención médica que recibe

Podemos usar su información médica y compartirla con los profesionales que lo estén tratando. *Ejemplo: El Plan puede revelar su información médica para que los médicos, las farmacias, los hospitales y otros proveedores de atención médica puedan darle tratamiento médico.*

Dirigir nuestra organización

Podemos usar y divulgar su información para administrar nuestra organización (operaciones de atención médica), mejorar la calidad de la atención que brindamos, reducir los costos de atención médica y comunicarnos con usted cuando sea necesario. *Ejemplo: El Plan puede usar y divulgar su información para determinar el presupuesto para el año siguiente o para fijar primas.*

No estamos autorizados a usar información genética para decidir si le daremos cobertura y el precio que tendrá esa cobertura. Esto no se aplica a los planes de atención de largo plazo.

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

Para pagar por sus servicios médicos

Podemos usar y divulgar su información médica al pagar por sus servicios de salud.

Ejemplo: Compartimos su información con CVS Caremark para coordinar el pago de sus recetas.

Administrar su plan

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

Ejemplo: El representante de beneficios de salud de su empleador recibe información para ayudarlo a comprender sus beneficios de salud y asegurarse de que esté inscrito.

¿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 manera que contribuyan al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información para estos fines. Para obtener más información, consulte: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Ayudar con problemas de seguridad y salud pública

Podemos compartir información de salud sobre usted para ciertas situaciones tales como:

- Evitar enfermedades
- Ayudar con retiros de productos del mercado
- Reportar reacciones adversas a medicamentos
- Reportar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una amenaza grave a la salud o seguridad de cualquier persona

Investigar

Podemos usar o compartir su información para investigaciones de salud. Las investigaciones que se hacen usando información del Plan deben pasar por un proceso de revisión especial. No usaremos ni divulgaremos su información a menos que tengamos su autorización o hayamos determinado que su privacidad está protegida.

Cumplir con la ley

Compartiremos su información si las leyes estatales o federales lo exigen, incluyendo ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos, si este quiere verificar que estemos cumpliendo la ley federal sobre privacidad.

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

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

Atender las solicitudes de compensación laboral, aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales:

Podemos usar o compartir su información médica:

- Para reclamos de compensación laboral
- Para fines de orden público o con un funcionario de las fuerzas del orden
- Con agencias de supervisión médica para hacer actividades autorizadas por la ley
- Para funciones gubernamentales especiales, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial

Responder a demandas y acciones judiciales

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

Otros Usos y Divulgaciones

Algunos usos y divulgaciones de su información se realizarán únicamente con su autorización por escrito. Por ejemplo, se necesita su autorización por escrito en los siguientes casos: (i) cualquier uso o revelación de notas de psicoterapia, a excepción de lo que se permita en 45 C.F.R. 164.508(a)(2); (ii) cualquier uso o revelación para fines de "marketing," a excepción de lo que se permita en 45 C.F.R. 164.508(a)(3); (iii) cualquier revelación que constituya una venta de PHI (Información de Salud Protegida). Si autoriza al Plan a usar o divulgar su PHI, puede revocar la autorización en cualquier momento por escrito. Sin embargo, su revocación solo detendrá los usos y divulgaciones futuros que se realicen después de que el Plan reciba su revocación. No tendrá ningún efecto sobre los usos y divulgaciones anteriores de su PHI.

Nuestras Responsabilidades

- La ley nos exige mantener la privacidad y la seguridad de su información de salud protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produce una infracción que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos cumplir las responsabilidades y las prácticas de privacidad descritas en este aviso y enviarle a usted una copia del mismo.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de forma distinta a la descrita aquí a menos que nos indique que podemos hacerlo por escrito. Si usted nos autoriza, podrá cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información, consulte: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticpep.html.

Cambios a los Términos de este Aviso

El Plan tiene derecho a cambiar este aviso en cualquier momento. El Plan también tiene derecho a

hacer que el aviso revisado o modificado sea efectivo para la información médica que el Plan ya tiene sobre usted, así como para cualquier información recibida en el futuro. El Plan publicará una copia del aviso actual en www.shpnc.org. Puede solicitar una copia llamando al 919-814-4400.

Quejas

Si cree que se han quebrantado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja al Plan o al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. No lo penalizarán ni se tomarán represalias en su contra por presentar una queja. Para presentar una queja ante el Plan, comuníquese con el Contacto de Privacidad identificado en este Aviso. Para presentar una queja al Secretario de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, use esta información de contacto:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW.
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)
Presente una queja de manera electrónica en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Contacto de Privacidad

El Contacto de Privacidad en el Plan es:
Plan de Salud Estatal
Atención: Oficial de Privacidad de HIPAA
3200 Atlantic Avenue Raleigh, NC 27604
919-814-4400

Inscripción en el Plan de Beneficios Flexibles (según la sección 125 del IRS) para el Plan de Salud Estatal

Su cobertura de beneficios de salud solo se puede cambiar (agregar o eliminar dependientes) durante el período de Inscripción Abierta o después de un evento de vida que califique. Estos cambios incluyen, entre otros, los siguientes:

- Cambios en su estado civil por matrimonio, fallecimiento del cónyuge, divorcio, separación legal o anulación.
- Aumento o disminución de la cantidad de sus dependientes elegibles por nacimiento, adopción, colocación en adopción o fallecimiento del dependiente.
- Usted, su cónyuge o su dependiente elegible experimentan un cambio de situación laboral que resulta en la pérdida o ganancia de cobertura médica grupal.
- Usted, su cónyuge o sus dependientes adquieren derecho a Medicare o Medicaid.
- Su dependiente deja de ser elegible (p. ej., el hijo dependiente cumple 26 años).
- Usted, su cónyuge o sus dependientes comienzan o regresan de una licencia no remunerada, como una licencia médica y familiar o una licencia militar.
- Usted recibe una orden de manutención infantil médica calificada (según lo determine el administrador del plan) que requiere que el plan brinde cobertura a sus hijos.
- Si usted o sus dependientes cambian su país de residencia permanente al mudarse hacia o desde los Estados Unidos, usted o sus dependientes tendrán 30 días a partir de la fecha de entrada o salida de los Estados Unidos para cambiar su elección de plan de beneficios de salud.
- Si usted, su cónyuge o sus dependientes experimentan un cambio de costo o cobertura bajo otro plan de salud grupal para el cual se permitió un cambio de elección, puede realizar el cambio de elección correspondiente bajo el Plan Flex (por ejemplo, el empleador de su cónyuge aumenta significativamente el costo de la cobertura y como resultado, permite al cónyuge cambiar su elección).
- Si cambia su situación laboral de modo que ya no se espera que tenga un promedio de 30 horas de servicio por semana pero no pierde la elegibilidad para la cobertura bajo el Plan de Salud Estatal (por ejemplo, está en un período de estabilidad durante el cual califica como tiempo completo), aún puede revocar su elección siempre que certifique que se ha inscrito o se inscribirá (y a cualquier otro familiar cubierto) en otra cobertura que brinde cobertura

esencial mínima (por ejemplo, el mercado) que entre en vigencia a más tardar el primer día del segundo mes siguiente al mes que incluye la fecha en que se revoca la cobertura original.

- Puede revocar prospectivamente su elección del Plan de Salud del Estado si certifica su intención de inscribirse usted y cualquier dependiente cubierto en el mercado para una cobertura que sea efectiva a más tardar el día inmediatamente posterior al último día de la cobertura original que se revoca.
- Usted o sus hijos pierden la elegibilidad para Medicaid o para un Programa Estatal de Seguro Médico para Niños. En este caso, debe solicitar la inscripción en un plazo de 60 días después de perder la elegibilidad.
- Si usted, su cónyuge o su dependiente pierden la elegibilidad para la cobertura (según lo define HIPAA) bajo cualquier plan médico grupal o cobertura de seguro médico (p. ej., cobertura en el mercado individual, incluyendo el mercado), puede cambiar su elección de participación.

Además, incluso si ocurre uno de estos cambios en su vida, su cambio de elección debe ser "acorde" al cambio en la vida, según lo define el IRS. Por lo tanto, es posible que el cambio de elección que usted desea no se permita si no es consistente con el evento según lo determinan las reglas y regulaciones del IRS. Cuando ocurre uno de estos eventos, debe completar su solicitud a través de su sistema de inscripción en línea dentro de los 30 días posteriores al evento (excepto lo descrito anteriormente). Si no procesa la solicitud dentro de los 30 días, deberá esperar hasta el próximo Período de Inscripción Abierta para realizar el cambio de cobertura.

Aviso sobre los Derechos de Inscripción Especiales de HIPAA

Si rechaza la inscripción para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a otro seguro médico o cobertura de plan médico grupal, es posible que pueda inscribirse a usted 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 la de sus dependientes). Sin embargo, deberá solicitar la inscripción en un plazo de 30 días posteriores a la finalización de su otra cobertura o la de sus dependientes (o después de que el empleador deje de hacer contribuciones para la otra cobertura).

Si tiene un dependiente nuevo como resultado de un matrimonio, un nacimiento, una adopción o una colocación en adopción, es posible que pueda inscribirse usted y sus dependientes. Sin embargo, deberá solicitar la inscripción en un plazo de 30 días después del matrimonio, el nacimiento, la adopción o la colocación en adopción. Si rechaza su inscripción o la de un dependiente elegible (incluyendo su cónyuge) mientras la cobertura de Medicaid o de un programa estatal de seguro médico para niños esté vigente, es posible que pueda inscribirse e inscribir a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierdan 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. Si usted o sus dependientes (incluyendo su cónyuge) se vuelven elegibles para recibir un subsidio de asistencia estatal para las primas, por parte de Medicaid o mediante un programa estatal de seguro médico para niños con respecto a la cobertura según este plan, es posible que pueda inscribirse a sí mismo y a sus dependientes en este plan. Sin embargo, deberá solicitar la inscripción en un plazo de 60 días después de la determinación de la elegibilidad para recibir asistencia para usted o para sus dependientes.

Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, comuníquese con el Centro de Soporte de Elegibilidad e Inscripción llamando al 855-859-0966

Aviso sobre los Servicios Relacionados con la Mastectomía

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

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

Estos beneficios estarán sujetos a los mismos deducibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos que ofrezca el plan que usted haya elegido. Si quiere obtener más información sobre los beneficios de WHCRA, llame a Servicio al Cliente.

Aviso sobre Protecciones del Paciente para Planes Sin Derechos Adquiridos

El siguiente aviso se aplica a los planes ofrecidos por el Plan de Salud Estatal de Carolina del Norte para maestros y empleados estatales ("Plan") que no se consideran un "plan de salud con derechos adquiridos" bajo la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio. El Plan generalmente permite la designación de un proveedor de atención primaria. Tiene derecho a designar 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 los niños, puede designar un pediatra como proveedor de atención primaria. Para obtener información sobre cómo elegir un proveedor de atención primaria y para obtener una lista de los proveedores de atención primaria participantes, comuníquese con Servicio al Cliente.

No necesita autorización previa del Plan ni de ninguna otra persona (incluido un proveedor de atención primaria) para acceder a atención obstétrica o ginecológica de un profesional de atención médica de nuestra red que se especialice en obstetricia o ginecología. Sin embargo, el profesional de atención médica puede estar obligado a cumplir ciertos procedimientos, como obtener autorización previa para ciertos servicios, seguir un plan de tratamiento preaprobado o un procedimiento para hacer interconsultas. Para obtener una lista de los profesionales de atención médica participantes que se especializan en obstetricia o ginecología, comuníquese con Servicio al Cliente.

Notificación sobre Disponibilidad de Opciones de Cobertura en el Mercado de Seguros Médicos (Aviso de Intercambio para Empleadores)

Incluso si le ofrecen cobertura médica a través de su empleo, es posible que tenga otras opciones de cobertura a través del Mercado de seguros médicos ("Mercado"). Para ayudarlo a evaluar las opciones para usted y su familia, esta notificación brinda información básica sobre el Mercado de seguros médicos y la cobertura médica ofrecida a través de su empleo.

¿Qué es el Mercado de Seguros Médicos?

El Mercado está diseñado para ayudarlo a encontrar un seguro médico que cubra sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El Mercado ofrece un 'servicio integral' para encontrar y comparar opciones de seguro de salud privado en su área geográfica.

¿Puedo ahorrar dinero en las primas de mi seguro médico en el Mercado?

Es posible que califique para ahorrar dinero y reducir su prima mensual y otros costos de bolsillo, pero

solo si su empleador no ofrece cobertura o si ofrece cobertura que no se considera accesible para usted y no cumple con ciertos estándares de valor mínimo (discutido a continuación). Los ahorros para los que es elegible dependen de los ingresos de su hogar. También puede ser elegible para un crédito fiscal que reduzca sus costos. ¿Influyen de alguna forma la cobertura médica del empleo en la elegibilidad para el ahorro de primas a través del Mercado?

Sí. Si tiene una oferta de cobertura médica de su empleador que se considera accesible para usted y cumple con ciertos estándares de valor mínimo, no será elegible para un crédito fiscal o pago por adelantado del crédito fiscal para su cobertura del Mercado y es posible que desee inscribirse en su plan de salud basado en el empleo. Sin embargo, usted puede ser elegible para un crédito fiscal y pagos por adelantado del crédito que reducen su prima mensual, o una reducción en ciertos costos compartidos, si su empleador no le ofrece cobertura alguna o no le ofrece cobertura que sea considerado accesible para usted o que cumpla con los estándares de valor mínimo. Si su parte del costo de la prima de todos los planes que se le ofrecen a través de su empleo es más del 9.12% de su ingreso familiar anual, o si la cobertura a través de su empleo no cumple con el estándar de "valor mínimo" establecido por la Ley del Cuidado de la Salud a Bajo Precio, usted puede ser elegible para un crédito fiscal y el pago por adelantado del crédito, si no se inscribe en la cobertura de salud basada en el empleo. Para los miembros de la familia del empleado, la cobertura se considera accesible si el costo de las primas del plan de menor costo que cubriría a todos los miembros de la familia no excede el 9,12 % de los ingresos del hogar del empleado.¹²

Nota: Si compra un plan de salud a través del Mercado en lugar de aceptar la cobertura de salud ofrecida a través de su empleo, puede perder el acceso a todo lo que el empleador contribuya a la cobertura basada en el empleo. Además, esta contribución del empleador, así como la contribución de su empleado a la cobertura basada en el empleo, generalmente se excluye de los ingresos a efectos del impuesto sobre la renta federal y estatal. Sus pagos de cobertura a través del Mercado se realizan después de impuestos. Además, tenga en cuenta que si la cobertura médica que ofrece su empleador no cumple con las normas de bajo costo o valor mínimo, pero aún así acepta tal cobertura, no será elegible para recibir un crédito tributario. Debe considerar todos estos factores al determinar si quiere adquirir un plan médico a través del Mercado.

¿Cuándo puedo inscribirme en una cobertura de seguro médico a través del Mercado?

Puede inscribirse en un plan de seguro médico del Mercado durante el Período de Inscripción Abierta anual del Mercado. La inscripción abierta varía por estado, pero, generalmente comienza el 1 de noviembre y continúa al menos hasta el 15 de diciembre.

Fuera del Período de Inscripción Abierta anual, puede inscribirse en un seguro médico si califica para un Período de Inscripción Especial. En general, usted califica para un Período de Inscripción Especial si ha tenido ciertos eventos de vida que califican, como casarse, tener un bebé, adoptar un niño o perder la elegibilidad para otra cobertura de salud. Dependiendo de su tipo de Período de inscripción especial, es posible que tenga 60 días antes o 60 días después del evento de vida calificado para inscribirse en un plan del Mercado.

También existe un Período de inscripción especial del Mercado para personas y sus familias que pierden la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) a partir del 31 de marzo de 2023 hasta el 31 de julio de 2024. Desde el inicio de la emergencia de salud pública de COVID-19 a nivel nacional, las agencias estatales de Medicaid y CHIP generalmente no han cancelado la inscripción de ningún beneficiario de Medicaid o CHIP que estuviera inscrito a partir del 18 de marzo de 2020 hasta el 31 de marzo de 2023. A medida que las agencias estatales de Medicaid y CHIP reanuden las prácticas habituales de elegibilidad e inscripción, es posible que muchas personas ya no sean

elegibles para la cobertura de Medicaid o CHIP a partir del 31 de marzo de 2023. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos ofrece un período temporal de inscripción especial en el Mercado para permitir que estas personas se inscriban en la cobertura del Mercado.

Personas elegibles para el Mercado que viven en estados atendidos por HealthCare.gov y envían una nueva solicitud o actualizan una solicitud existente en HealthCare.gov entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024, y dan fe de una fecha de terminación de la cobertura de Medicaid o CHIP dentro del mismo período de tiempo, son elegibles para un Período de Inscripción Especial de 60 días. **Eso significa que si pierde la cobertura de Medicaid o CHIP entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024, es posible que pueda inscribirse en la cobertura del Mercado dentro de los 60 días posteriores a la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP.** Además, si usted o su familia están inscritos en una cobertura de Medicaid o CHIP, es importante asegurarse de que su información de contacto se encuentre actualizada para garantizar que reciba cualquier información de cambios en su elegibilidad. Para obtener más información, visite HealthCare.gov o llame al Centro de Atención Telefónica del Mercado al 1-800-318-2596. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-889-4325.

¿Qué pasa con las alternativas a la cobertura de un seguro médico del Mercado?

Si usted o su familia son elegibles para la cobertura de un plan de salud basado en el empleo (como un plan de salud patrocinado por el empleador), usted o su familia también pueden ser elegibles para un Período de Inscripción Especial para inscribirse en ese plan de salud en ciertas circunstancias, incluso si usted o sus dependientes estaban inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP y perdieron esa cobertura. Generalmente, tiene 60 días después de la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP para inscribirse en un plan de salud basado en el empleo, pero si usted y su familia perdieron la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o CHIP entre el 31 de marzo de 2023 y el 10 de julio de 2023, puede solicitar esta inscripción especial en el plan de salud basado en el empleo hasta el 8 de septiembre de 2023. Confirme la fecha límite con su empleador o su plan de salud basado en empleo.

De lo contrario, puede inscribirse para obtener la cobertura de Medicaid o CHIP en cualquier momento, completando una solicitud a través del Mercado o solicitándola directamente a través de su agencia estatal de Medicaid. Visite: <https://www.healthcare.gov/medicaid-chip/getting-medicaid-chip/para obtener más detalles>.

¿Cómo puedo obtener más información?

Para obtener más información sobre la cobertura que ofrece su empleador, consulte la descripción resumida del plan o comuníquese con Servicio al Cliente. El Mercado puede ayudarlo a evaluar sus opciones de cobertura, incluyendo su elegibilidad para recibir cobertura mediante el Mercado y sus costos. Visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) para obtener más información, incluyendo una solicitud en línea para cobertura de seguro médico e información de contacto del Mercado de seguros médicos en su área.

Aviso sobre sus Derechos y Protecciones Contra Facturas Médicas Sorpresa

Cuando recibe atención de emergencia o es tratado por un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, está protegido contra la facturación del saldo. En estos casos, no se le debe cobrar más que los copagos, coseguro o deducible de su plan.

¹ Indexado anualmente; consulte <https://www.irs.gov/pub/irs-drop/rp-22-34.pdf> para 2023.

² Un plan de salud patrocinado por el empleador u otro plan de salud basado en el empleo cumple con el "estándar de valor mínimo" si la participación del plan en los costos totales de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costos. Con fines de elegibilidad del crédito tributario de la prima, para cumplir con la "estándar de valor mínimo", el plan médico debe proporcionar también una cobertura sustancial tanto de servicios hospitalarios como de servicios médicos.

¿Qué es la "facturación de saldo" (a veces llamada "facturación sorpresa")?

Cuando consulte a un médico u otro proveedor de atención médica, es posible que deba ciertos gastos de su bolsillo, como un copago, un coseguro o un deducible. Es posible que tenga costos adicionales o tenga que pagar la factura completa si consulta a un proveedor o visita un centro de atención médica que no está en la red de su plan de salud. "Fuera de la red" significa proveedores y centros que no han firmado un contrato con su plan de salud para brindar servicios. Es posible que a los proveedores fuera de la red se les permita facturarle la diferencia entre lo que paga su plan y el monto total cobrado por un servicio. Esto se llama "facturación de saldo." Es probable que esta cantidad sea mayor que los costos dentro de la red para el mismo servicio y es posible que no cuente para el deducible o el límite de desembolso anual de su plan. La "facturación sorpresa" es una factura del saldo no prevista. Esto puede suceder cuando no puede controlar quién está involucrado en su atención, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una visita en un centro dentro de la red pero recibe tratamiento inesperado de un proveedor fuera de la red. Las facturas médicas sorpresa pueden costar miles de dólares según el procedimiento o servicio.

Está protegido contra la facturación de saldo para:

Servicios de emergencia

Si tiene una afección médica de emergencia y recibe servicios de emergencia de un proveedor o centro fuera de la red, lo máximo que pueden facturarle es el monto del costo compartido dentro de la red de su plan (como copagos, coseguro y deducibles). No se le puede facturar el saldo por estos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que puede recibir después de estar en condición estable, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones para que no se le facture el saldo por estos servicios posteriores a la estabilización.

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

Cuando recibe servicios de un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, es posible que ciertos proveedores estén

fuera de la red. En estos casos, lo máximo que esos proveedores pueden facturarle es el monto de costo compartido dentro de la red de su plan. Esto aplica a servicios de medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, asistente de cirujano, hospitalista o intensivista. Estos proveedores no pueden facturarle el saldo y no pueden pedirle que renuncie a sus protecciones para que no se le facture el saldo. Si recibe otros tipos de servicios en estos centros dentro de la red, los proveedores fuera de la red no pueden facturarle el saldo, a menos que usted dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones.

Usted nunca está obligado a renunciar a sus protecciones de facturación de saldo. Tampoco es necesario que reciba atención fuera de la red. Puede elegir un proveedor o un centro dentro de la red de su plan.

Cuando la facturación de saldo no está permitida, también tiene las siguientes protecciones:

- Usted solo es responsable de pagar su parte del costo (como los copagos, coseguro y deducible que pagaría si el proveedor o centro estuviera dentro de la red). Su plan de salud pagará cualquier costo adicional directamente a los proveedores e instalaciones fuera de la red. En general, su plan de salud debe:
 - o Cubrir servicios de emergencia sin necesidad de obtener aprobación previa para los servicios (también conocida como "autorización previa").
 - o Cubrir servicios de emergencia de proveedores fuera de la red.
 - o Basar lo que le debe al proveedor o al centro (costo compartido) en lo que le pagaría a un proveedor o centro dentro de la red y muestre esa cantidad en su explicación de beneficios.
 - o Contabilizar cualquier cantidad que usted pague por los servicios de emergencia o los servicios fuera de la red para su deducible y su límite de gastos de bolsillo.

Si cree que le han facturado incorrectamente, puede comunicarse con el the U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos) (Teléfono: 800-985-3059) con respecto a la aplicación de las leyes federales de protección de saldo o facturación sorpresa y al Departamento de Seguros de Carolina del Norte sobre la aplicación de las leyes de protección de saldo o facturación sorpresa de Carolina del Norte (Teléfono: 855-408-1212; Dirección: 325 N. Salisbury Street, Raleigh, NC 27603).

Visite www.cms.gov/nosurprises/consumers para obtener más información sobre sus derechos según la ley federal.

Visite ncdoi.gov para obtener más información sobre sus derechos según la ley de Carolina del Norte.

Asistencia con primas según 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 cobertura médica de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia con las primas que puede ayudar a pagar la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no serán elegibles para estos programas de asistencia con las 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 enumerados a continuación, comuníquese con la oficina estatal de Medicaid o CHIP para averiguar si hay asistencia con las primas disponible.

Si usted o sus dependientes NO están actualmente inscritos en Medicaid o CHIP, y cree que usted o cualquiera de sus dependientes podría ser elegible para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado o llame al 1-877-KIDS NOW o www.insurekidsnow.gov para saber cómo enviar una solicitud. Si usted 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 sus dependientes son elegibles para recibir asistencia con las primas de Medicaid o CHIP, así como también son elegibles según el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en su plan de empleador si aún no está inscrito. Esto se llama oportunidad de "inscripción especial", y **debe solicitar cobertura dentro de los 60 días posteriores a que se determine 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 (Department of Labor) en www.askebsa.dol.gov o llame al 1-866-444-EBSA (3272).

Si usted vive en uno de los siguientes estados, es posible que sea elegible para 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. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad –

ALABAMA – Medicaid	ALASKA – Medicaid
Sitio web: http://myalhipp.com/ Teléfono: 1-855-692-5447	Programa de Pago de Primas del Seguro Médico de Alaska (AK Health Insurance Premium Payment) 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	CALIFORNIA – Medicaid
Sitio web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Programa de Pago de Primas del Seguro Médico (Health Insurance Premium Payment, HIPP) Sitio web: 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+)	FLORIDA – Medicaid
<p>Sitio web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/ Centro de contacto para miembros de Health First Colorado: 1-800-221-3943/ Servicio de retransmisión estatal 711 CHP+: https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus Servicio al Cliente de CHP+: 1-800-359-1991/ Servicio de retransmisión estatal: 711 Programa de Compra de Seguro Médico (Health Insurance Buy-In Program, HIBI): https://www.mycohibi.com/ Servicio al Cliente de HIBI: 1-855-692-6442</p>	<p>Sitio web: https://www.flmedicaidtprecovery.com/flmedicaidtprecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268</p>
GEORGIA – Medicaid	INDIANA – Medicaid
<p>Sitio web de HIPP de Georgia: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162, presione 1 Sitio web de CHIPRA de Georgia: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chiprachipra Teléfono: (678) 564-1162, presione 2</p>	<p>Programa de Pago de Primas del Seguro Médico Todos los demás programas de Medicaid Sitio web: https://www.in.gov/medicaid/ http://www.in.gov/fssa/dfr/ Administración de Servicios Familiares y Sociales Teléfono: 1-800-403-0864 Teléfono de Servicios para Miembros: 1-800-457-4584</p>
IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)	KANSAS – Medicaid
<p>Sitio web de Medicaid: https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366 Sitio web de Hawki: https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/iowa-health-link/hawki Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563 Sitio web de HIPP: https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/fee-service/hipp Teléfono de HIPP: 1-888-346-9562</p>	<p>Sitio web: https://www.kancare.ks.gov/ Teléfono: 1-800-792-4884 Teléfono de HIPP: 1-800-967-4660</p>
KENTUCKY – Medicaid	LOUISIANA – Medicaid
<p>Programa de Pago de Primas del Seguro Médico Integrado de Kentucky (KI-HIPP) Sitio web: 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</p>	<p>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)</p>
MAINE – Medicaid	MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP
<p>Sitio web de inscripción: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Servicio de retransmisión de Maine 711 Sitio web de Primas de Seguros Médicos Privados: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-977-6740 TTY: Servicio de retransmisión de Maine 711</p>	<p>Sitio web: https://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840 TTY: 711 Correo electrónico: masspremassistance@accenture.com</p>
MINNESOTA – Medicaid	MISSOURI – Medicaid
<p>Sitio web: https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/ Teléfono: 1-800-657-3672</p>	<p>Sitio web: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005</p>
MONTANA – Medicaid	NEBRASKA – Medicaid
<p>Sitio web: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084 Correo electrónico: HSHIPPProgram@mt.gov</p>	<p>Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178</p>
NEVADA – Medicaid	NUEVO HAMPSHIRE – Medicaid
<p>Sitio web de Medicaid: http://dhcftp.nv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900</p>	<p>Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Teléfono: 603-271-5218 Número gratuito para el programa HIPP: 1-800-852-3345, ext 15218 Correo electrónico: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov</p>
NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP	NUEVA YORK – Medicaid
<p>Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Teléfono: 1-800-356-1561 Teléfono de Asistencia para Primas de CHIP: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710 (TTY: 711)</p>	<p>Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831</p>

CAROLINA DEL NORTE – Medicaid		DAKOTA DEL NORTE – Medicaid	
Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov/ Teléfono: 919-855-4100		Sitio web: https://www.hhs.nd.gov/healthcare Teléfono: 1-844-854-4825	
OKLAHOMA – Medicaid y CHIP		OREGON – Medicaid y CHIP	
Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742		Sitio web: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-800-699-9075	
PENSILVANIA – Medicaid y CHIP		RHODE ISLAND – 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) (pa.gov) Teléfono de CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)		Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 1-855-697-4347 o 401-462-0311 (línea directa de Rlte Share)	
CAROLINA DEL SUR – Medicaid		DAKOTA DEL SUR – Medicaid	
Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820		Sitio web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059	
TEXAS – Medicaid		UTAH – Medicaid y CHIP	
Sitio web: https://www.hhs.texas.gov/services/finacial/health-insurance-premium-payment-hipp-program Teléfono: 1-800-440-0493		Sitio web: 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 en Utah: https://medicaid.utah.gov/buyout-program/ Sitio web de CHIP: https://chip.utah.gov/	
VERMONT – Medicaid		VIRGINIA – Medicaid y CHIP	
Sitio web: https://dvha.vermont.gov/members/medicaid/hipp-program Teléfono: 1-800-250-8427		Sitio web: https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select o https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs Teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924	
WASHINGTON – Medicaid		VIRGINIA OCCIDENTAL – Medicaid y CHIP	
Sitio web: https://www.hca.wa.gov/ Teléfono: 1-800-562-3022		Sitio web: https://dhr.wv.gov/bms/ o http://mywvhipp.com/ Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 Teléfono gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)	
WISCONSIN – Medicaid y CHIP		WYOMING – Medicaid	
Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002		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 las primas desde el 31 de julio de 2024, o para obtener más información sobre los derechos especiales de inscripción, comuníquese con:

**U.S. Department of Labor
(Departamento de Trabajo de los Estados Unidos)**
Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados
www.dol.gov/agencies/ebsa
1-866-444-EBSA (3272)

**U.S. Department of Health and Human Services
(Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos)**
Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
www.cms.hhs.gov
1-877-267-2323, opción 4 del menú, Ext. 61565

Aviso de No Discriminación y Accesibilidad

El Plan de Salud Estatal cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. El Plan de Salud Estatal no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

El Plan de Salud Estatal:

- Proporciona ayudas y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen eficazmente con nosotros, tales como:
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
 - El sitio web del Plan de Salud Estatal cumple la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) para personas con discapacidades visuales.
 - Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como por ejemplo
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles identificado a continuación (el "Coordinador"): Oficial de Cumplimiento del Plan de Salud Estatal al 919-814-4400.

Si cree que el Plan de Salud Estatal no le proporcionó estos servicios o lo discriminó, puede presentar una queja ante el Coordinador. Puede presentar una queja en persona o por correo (Section 1557 Coordinator, 3200 Atlantic Avenue, Raleigh, NC 27604) o correo electrónico (1557Coordinator@nc-treasurer.com).

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos., disponible en:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services)
200 Independence Avenue SW Room 509F, HHH Building Washington, DC 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Presente una queja de manera electrónica en: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
Los formularios de queja están disponibles en: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>



FOR TEACHERS AND STATE EMPLOYEES
A Division of the Department of State Treasurer



Dale R. Folwell, CPA
STATE TREASURER OF NORTH CAROLINA
DALE R. FOLWELL, CPA

PRESORTED
FIRST-CLASS MAIL
U.S. POSTAGE
PAID
RALEIGH, NC
PERMIT NO. 786

Plan de Salud Estatal
3200 Atlantic Avenue
Raleigh, NC 27604

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **919-814-4400**.

注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **919-814-4400**。

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **919-814-4400**.

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **919-814-4400**.

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **919-814-4400**.

تدعى اسما لى تاجدخ ناف، تغللا ركذا تدرجت تنك اذا: قظوح لم مقرب لصتا ناجم اب لكل رفاوتت قيوغ للى **919-814-4400**.

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau **919-814-4400**.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **919-814-4400**.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **919-814-4400**.

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો **919-814-4400**.

ប្រយ័ត្ន: ប៊ីសិនជាអ្នកកនិយាយភាសាខ្មែរ, សំរាប់ជំនួយជូនក្រុំភាសា ដោយមិនគិតលុយន្តល គឺអាចមានសំរាប់ប៊ីសិនក៏។ ចូរ ទូរស័ព្ទ **919-814-4400**.

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: **919-814-4400**.

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। **919-814-4400**.

ໄປດຊາຍ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໃດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 919-814-4400.

注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。 **919-814-4400**.

Contáctenos

Centro de Asistencia de Elegibilidad e Inscripción
(preguntas sobre eBenefits):
855-859-0966

Horario extendido durante el período de Inscripción Abierta:
Lunes-viernes: 8 a.m.-10 p.m.
sábados: 8 a.m.-5 p.m.

Aetna Health Concierge (Servicio al cliente):
(Servicio de atención al cliente):
833-690-1037
8 a.m.-6 p.m., lunes-viernes

Horario extendido durante el período de Inscripción Abierta: Lunes-viernes: 8 a.m.-8 p.m.
sábados: 8 a.m.-2 p.m.

CVS Caremark
(preguntas sobre beneficios de farmacia):
888-321-3124