

# Avisos del Plan de Salud

*Avisos a Partir del 15 de Octubre de 2025*

- Aviso de Ley Ómnibus Consolidada de Conciliación Presupuestaria (COBRA)
- Aviso de Privacidad de HIPAA
- Aviso de Opciones de Cobertura y Su Cobertura Médica
- Aviso Sobre la Ley de Protección de la Salud de las Madres y Recién Nacidos
- Aviso de Cobertura Acreditable de Medicamentos Recetados y Medicare
- Aviso de Cobertura No Acreditable de Medicamentos Recetados y Medicare
- Aviso sobre Derechos de Elección del Proveedor
- Aviso de Derechos Especiales de Inscripción para Cobertura Médica/Plan de Salud
- Aviso de Disponibilidad de Alternativas para Programas de Bienestar Condicionados a La Salud de HIPAA
- Aviso Sobre la Ley de Derechos de la Mujer Sobre la Salud y el Cáncer de 1998
- Aviso Sobre la Asistencia Premium según Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)



## ¡IMPORTANTE!

ERISA y varias otras leyes estatales y federales requieren que los empleadores proporcionen divulgación y avisos anuales a los participantes de su plan. Unified Door and Hardware distribuirá todos los avisos anuales requeridos por el gobierno federal al momento de la contratación y durante cada período anual de inscripción abierta.

Este documento está destinado a proporcionar los avisos legales requeridos. Sin embargo, no es exhaustivo y no proporciona una explicación completa de ninguna de las reglas asociadas con los avisos.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con un miembro del equipo de Beneficios.

## **Aviso de la Ley Ómnibus Consolidada de Conciliación Presupuestaria (COBRA)**

Si es un empleado con cobertura médica, dental o de la vista a través de Unified Door and Hardware, tiene derecho a elegir la continuación de la cobertura si pierde su cobertura de salud grupal debido a la reducción de sus horas de empleo o la terminación de su empleo por razones distintas o mala conducta. Sus dependientes elegibles también pueden tener derecho a elegir y pagar la continuación de la cobertura por un período temporal en determinadas circunstancias en las que la cobertura del plan terminaría de otro modo, como un divorcio o hijos dependientes que ya no cumplen con los requisitos de elegibilidad.

**Nota importante:** Este breve resumen del derecho que usted y sus dependientes tienen a continuar con el seguro no pretende ser un aviso oficial de sus derechos requerido por las leyes federales y estatales. Hemos incluido este breve resumen para informarle que tiene estos derechos. Recibirá una explicación detallada por separado de su derecho a continuar con la cobertura del seguro médico cuando corresponda. La información específica también está disponible en su equipo de beneficios

## Aviso de Privacidad de HIPAA

**Por favor revise cuidadosamente este aviso. Analiza cómo se puede utilizar su información médica y cómo puede usted obtener acceso a esta información.**

La Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA) impone numerosos requisitos sobre el uso y divulgación de información de salud individual por parte del Unified Door and Hardware Health and Welfare Plan. Esta información, conocida como información de salud protegida, incluye casi toda la información de salud de identificación individual que posee un plan, ya sea recibida por escrito, en un medio electrónico o como comunicación oral. Este aviso describe las prácticas de privacidad del Unified Door and Hardware Health and Welfare Plan. Los planes cubiertos por este aviso pueden compartir información de salud entre sí para realizar tratamientos, pagos a operaciones de atención médica. Estos planes se denominan colectivamente como, el Plan en este aviso, a menos que se especifique lo contrario.

### Deberes del Plan con respecto a su información de salud

La ley exige que el Plan mantenga la privacidad de su información de salud y le proporcione este aviso sobre las obligaciones legales y las prácticas de privacidad del Plan con respecto a su información de salud. Si participa en una opción de plan asegurado, recibirá un aviso directamente de la Aseguradora. Es importante tener en cuenta que estas reglas se aplican al Plan, no a Unified Door and Hardware como empleador; así es como funcionan las reglas de HIPAA. Es posible que se apliquen políticas diferentes a otros programas de Unified Door and Hardware o a datos no relacionados con el Plan.

### Cómo el Plan puede usar o divulgar su información de salud

Las reglas de privacidad generalmente permiten el uso y divulgación de su información de salud sin su permiso (conocido como autorización) para fines de tratamiento de atención médica, actividades de pago y operaciones de atención médica. A continuación se muestran algunos ejemplos de lo que eso podría implicar:

- **El tratamiento** incluye brindar, coordinar o administrar la atención médica por parte de uno o más proveedores de atención médica o médicos. El tratamiento también puede incluir la coordinación o gestión de la atención entre un proveedor y un tercero, y consultas y derivaciones entre proveedores. Por ejemplo, el Plan puede compartir su información de salud con los médicos que lo tratan.
- **El pago** incluye actividades de este Plan, otros planes o proveedores para obtener primas, tomar determinaciones de cobertura y proporcionar reembolsos por atención médica. Esto puede incluir determinar la elegibilidad, revisar los servicios para determinar su necesidad o idoneidad médica, participar en actividades de gestión de utilización, gestión de reclamaciones y facturación; así como realizar funciones del plan “entre bastidores”, como ajuste de riesgos, cobranza o reaseguro. Por ejemplo, el Plan puede compartir información sobre su cobertura o los gastos en los que ha incurrido con otro plan de salud para coordinar el pago de beneficios.
- **Las operaciones** de atención médica incluyen actividades de este Plan (y, en circunstancias limitadas, de otros planes o proveedores), tales como programas de evaluación de riesgos y bienestar, actividades de mejora y evaluación de la calidad, servicio al cliente y resolución de quejas internas. Las operaciones de atención médica también incluyen la evaluación de proveedores; participar en actividades de acreditación, capacitación y acreditación; realizar suscripción o calificación de primas; organizar actividades de revisión y auditoría médicas; y llevar a cabo la planificación y el desarrollo empresarial. Por ejemplo, el Plan puede utilizar información sobre sus reclamaciones para auditar a los terceros que aprueban el pago de los beneficios del Plan.

La cantidad de información de salud utilizada, divulgada o solicitada será limitada y, cuando sea necesario, restringida al mínimo necesario para lograr los propósitos previstos, según se define en las reglas de HIPAA. Si el

Plan usa o divulga Información de salud protegida (PHI) con fines de suscripción, el Plan no usará ni divulgará Información de salud protegida (PHI) que sea su información genética para dichos fines.

### **Cómo el plan puede compartir su información médica con Unified Door and Hardware**

El Plan, o su aseguradora de salud o HMO, pueden divulgar su información de salud sin su autorización por escrito a Unified Door and Hardware para fines de administración del plan. Unified Door and Hardware puede necesitar su información de salud para administrar los beneficios del Plan. Unified Door and Hardware acepta no utilizar ni divulgar su información de salud salvo lo permitido o requerido por los documentos del Plan y por la ley. Recursos Humanos y Beneficios son los únicos empleados de Unified Door and Hardware que tendrán acceso a su información de salud para funciones de administración del plan.

A continuación se explica cómo se puede compartir información adicional entre el Plan y Unified Door and Hardware según lo permitido por las reglas de HIPAA:

- El Plan, o su aseguradora o HMO, pueden revelar “información resumida de salud” a Unified Door and Hardware, si así lo solicita, con el fin de obtener ofertas de primas para brindar cobertura según el Plan o para modificar, enmendar o cancelar el Plan. La información de salud resumida es información que resume la información de reclamos de los participantes, de la cual se han eliminado los nombres y otra información de identificación.
- El Plan, o su aseguradora o HMO, pueden revelar a Unified Door and Hardware información sobre si una persona participa en el Plan o se ha inscrito o cancelado su inscripción en una opción de seguro o HMO ofrecida por el Plan.

Además, debe saber que Unified Door and Hardware no puede y no utilizará la información de salud obtenida del Plan para ninguna acción relacionada con el empleo. Sin embargo, la información de salud recopilada por Unified Door and Hardware de otras fuentes, por ejemplo, bajo la Ley de Licencia Familiar y Médica, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades o programas de compensación para trabajadores, no está protegida por HIPAA (aunque este tipo de información puede estar protegida por otras leyes federales o estatales).

### **Otros usos o divulgaciones permitidos de su información de salud**

En ciertos casos, su información de salud puede divulgarse sin autorización a un familiar, amigo cercano u otra persona que usted identifique y que esté involucrada en su atención o en el pago de su atención. Se puede proporcionar información sobre su ubicación, condición general o muerte a una persona similar (o a una entidad pública o privada autorizada para ayudar en los esfuerzos de socorro en casos de desastre). Por lo general, se le dará la oportunidad de aceptar u oponerse a estas divulgaciones (aunque se pueden hacer excepciones, por ejemplo, si no está presente o si está incapacitado). Además, su información de salud podrá ser divulgada sin autorización a su representante legal.

El Plan también puede usar o divulgar su información de salud sin su autorización por escrito para las siguientes actividades:

<b>Compensación para trabajadores</b>	Avisos de compensación laboral o programas legales similares que brindan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo sin importar la culpa, según lo autorizado y necesario para cumplir con las leyes.
---------------------------------------	--

<b>Necesario para prevenir amenazas graves a la salud o la seguridad.</b>	Avisos realizadas creyendo de buena fe que divulgar su información de salud es necesaria para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad pública o personal, si se hace a alguien razonablemente capaz de prevenir o disminuir la amenaza (o al objetivo de la amenaza); incluye divulgaciones para ayudar a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley a identificar o detener a una persona que ha admitido su participación en un delito violento que el Plan cree razonablemente que puede haber causado daño físico grave a una víctima, o cuando parece que la persona ha escapado de la prisión o de la custodia legal
<b>Actividades de salud pública</b>	Avisos autorizadas por ley a personas que puedan estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición; divulgaciones a las autoridades de salud pública para prevenir o controlar enfermedades o denunciar abuso o negligencia infantil; y divulgaciones a la Administración de Alimentos y Medicamentos para recopilar o informar eventos adversos o defectos del producto
<b>Víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica.</b>	Avisos autoridades gubernamentales, incluidos servicios sociales o agencias de servicios protegidos autorizadas por ley para recibir informes de abuso, negligencia o violencia doméstica, según lo exige la ley o si usted acepta o el Plan cree que la divulgación es necesaria para evitar daños graves a usted o Víctimas potenciales (se le notificará sobre la divulgación del Plan si informarle no lo pondrá en mayor riesgo)
<b>Procedimientos judiciales y administrativos</b>	Avisos en respuesta a una orden judicial o administrativa, citación, solicitud de presentación de pruebas u otro proceso legal (es posible que se requiera que el Plan le notifique la solicitud o reciba una garantía satisfactoria de la parte que busca su información de salud de que se hicieron esfuerzos para notificarle a usted o para obtener una orden de protección calificada relativa a la información)
<b>Cumplimiento de la ley</b>	Avisos a funcionarios encargados de hacer cumplir la ley requeridas por ley o proceso legal, o para identificar a un sospechoso, fugitivo, testigo o persona desaparecida; divulgaciones sobre una víctima de un delito si usted está de acuerdo o si la divulgación es necesaria para la actividad policial inmediata; divulgaciones sobre una muerte que pudo haber resultado de una conducta criminal; y divulgaciones para proporcionar evidencia de conducta criminal en las instalaciones del Plan
<b>Persona fallecida</b>	Avisos a un forense o médico forense para identificar al fallecido o determinar la causa de la muerte; y a los directores de funerarias para el desempeño de sus funciones.
<b>Donación de órganos, ojos o tejidos</b>	Avisos a organizaciones de obtención de órganos u otras entidades para facilitar la donación y el trasplante de órganos, ojos o tejidos después de la muerte.
<b>Motivo de investigación</b>	Avisos sujetas a la aprobación de juntas de revisión de privacidad institucionales o privadas, sujetas a ciertas garantías y representaciones por parte de los investigadores sobre la necesidad de utilizar su información de salud y el tratamiento de la información durante un proyecto de investigación.
<b>Actividades de vigilancia de la salud</b>	Avisos a agencias de salud para actividades autorizadas por la ley (auditorías, inspecciones, investigaciones o acciones de concesión de licencias) para la supervisión del sistema de atención médica, programas de beneficios gubernamentales para los cuales la información de salud es relevante para la elegibilidad de los beneficiarios y el cumplimiento de programas regulatorios o leyes de derechos civiles.
<b>Funciones gubernamentales especializadas</b>	Avisos sobre personas que sean personal de las Fuerzas Armadas o personal militar extranjero bajo el mando militar apropiado; divulgaciones a funcionarios federales autorizados para actividades de seguridad o inteligencia nacional; y divulgaciones a instalaciones correccionales o funcionarios encargados de hacer cumplir la ley de custodia sobre los reclusos

---

**Investigaciones del HHS**

Avisos de su información de salud al Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar el cumplimiento del Plan con la regla de privacidad de HIPAA.

---

Excluyendo lo descrito en este aviso, otros usos y divulgaciones se realizarán únicamente con su autorización por escrito. Por ejemplo, en la mayoría de los casos, el Plan obtendrá su autorización antes de comunicarse con usted sobre productos o programas si se le paga al Plan para realizar esas comunicaciones. Si mantenemos notas de psicoterapia en nuestros registros, en algunos casos obtendremos su autorización antes de divulgar esos registros. El Plan nunca venderá su información de salud a menos que usted nos haya autorizado a hacerlo. Puede revocar su autorización según lo permitido por las reglas de HIPAA. Sin embargo, no puede revocar su autorización con respecto a las divulgaciones que el Plan ya haya realizado. Se le notificará sobre cualquier acceso, uso o divulgación no autorizados de su información médica no segura según lo exige la ley. El Plan le notificará si tiene conocimiento de que ha habido una pérdida de su información de salud de una manera que podría comprometer la privacidad de su información de salud.

**Cómo tratará el plan cierta información sobre el tratamiento del TOS**

El Plan no es un programa federal asistido para el diagnóstico, tratamiento o derivación de trastornos por consumo de sustancias que esté cubierto por 42 CFR Parte 2 (un "Programa de la Parte 2") y no crea ni normalmente mantiene ningún registro sujeto a 42 CFR Parte 2. Si el Plan recibe algún registro del Programa de la Parte 2 conforme a su consentimiento por escrito para la administración y pago de la reclamación, los registros solo serán utilizados y divulgados conforme a la HIPAA y su consentimiento. En ningún caso el Plan utilizará ni divulgará su registro del Programa de la Parte 2, ni el testimonio que describa la información contenida en su expediente del Programa de la Parte 2, en ningún procedimiento civil, penal, administrativo o legislativo en su contra, salvo que esté autorizado por su consentimiento por escrito o una orden judicial acompañada de una citación u otro requisito legal que obligue a divulgar después de recibir notificación y la oportunidad de responder.

**Tus derechos individuales**

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información de su salud que mantiene el Plan. Estos derechos están sujetos a ciertas limitaciones, como es discutido a continuación. Esta sección del aviso describe cómo puede ejercer cada derecho individual. Consulte la tabla al final de este aviso para obtener información sobre cómo enviar solicitudes.

**Derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de su información de salud y el derecho del Plan a negarse**

Tiene derecho a solicitar al Plan que restrinja el uso y la divulgación de su información de salud para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, excepto para los usos o divulgaciones requeridos por la ley. Tiene derecho a solicitar al Plan que restrinja el uso y la divulgación de su información de salud a familiares, amigos cercanos u otras personas que usted identifique como involucradas en su atención o en el pago de su atención. También tiene derecho a solicitar al Plan que restrinja el uso y la divulgación de información de salud para notificar a esas personas sobre su ubicación, condición general o muerte, o para coordinar esos esfuerzos con entidades que ayudan en los esfuerzos de socorro en casos de desastre. Si desea ejercer este derecho, su solicitud al Plan debe ser por escrito.

El Plan no está obligado a aceptar una restricción solicitada. Si el Plan está de acuerdo, una restricción puede ser cancelada posteriormente mediante su solicitud por escrito, mediante un acuerdo entre usted y el Plan (incluido un acuerdo oral) o unilateralmente por el Plan para la información de salud creada o recibida después de que se le notifique que el Plan ha eliminado las restricciones. El Plan también puede divulgar información de salud sobre usted si necesita tratamiento de emergencia, incluso si el Plan ha aceptado una restricción.

Una entidad cubierta por estas reglas de HIPAA (como su proveedor de atención médica) o su socio comercial debe cumplir con su solicitud de que la información de salud relacionada con un artículo o servicio de atención médica específico no se divulgue al Plan para fines de pago u operaciones de atención médica si usted ha pagado de su bolsillo y en su totalidad el artículo o servicio.

#### **Derecho a recibir comunicaciones confidenciales de su información de salud.**

Si cree que la divulgación de su información de salud por los medios habituales podría ponerlo en peligro de alguna manera, el Plan atenderá solicitudes razonables para recibir comunicaciones de información de salud del Plan por medios alternativos o en ubicaciones alternativas.

Si desea ejercer este derecho, su solicitud al Plan debe ser por escrito y debe incluir una declaración de que la divulgación de toda o parte de la información podría ponerlo en peligro.

#### **Derecho a inspeccionar y copiar su información de salud.**

Con ciertas excepciones, usted tiene derecho a inspeccionar u obtener una copia de su información de salud en un "conjunto de registros designado". Esto puede incluir registros médicos y de facturación mantenidos para un proveedor de atención médica; sistemas de inscripción, pago, adjudicación de reclamaciones y registros de gestión médica o de casos mantenidos por un plan; o un grupo de registros que el Plan utiliza para tomar decisiones sobre individuos. Sin embargo, no tiene derecho a inspeccionar o obtener copias de notas de psicoterapia o información recopilada para procedimientos civiles, penales o administrativos. El Plan puede negarle su derecho de acceso, aunque en determinadas circunstancias podrá solicitar una revisión de la denegación.

Si desea ejercer este derecho, su solicitud al Plan debe ser por escrito. Dentro de los 30 días posteriores a la recepción de su solicitud, el Plan le proporcionará una de estas respuestas:

- El acceso o las copias que solicitó.
- Una denegación por escrito que explique por qué se denegó su solicitud y cualquier derecho que pueda tener para que se revise la denegación o presente una queja.
- Una declaración escrita de que el período de revisión de su solicitud se extenderá sin costo alguno. Más de 30 días más, junto con los motivos del retraso y la fecha en la que el Plan espera atender su solicitud

También puede solicitar que su información de salud se envíe a otra entidad o persona, siempre que esa solicitud sea clara, llamativa y específica. El Plan puede proporcionarle un resumen o explicación de la información en lugar de acceso o copias de su información de salud, si usted acepta de antemano y paga las tarifas aplicables. El Plan también puede cobrar tarifas razonables por las copias o el envío. Si el Plan no mantiene la información de salud pero sabe dónde se mantiene, se le informará a dónde dirigir su solicitud.

Si el Plan mantiene sus registros en formato electrónico, puede solicitar una copia electrónica de su información de salud en una forma y formato que el Plan pueda producir fácilmente. También puede solicitar que dicha información de salud electrónica se envíe a otra entidad o persona, siempre que esa solicitud sea clara, llamativa y específica. Cualquier cargo que se le imponga por estas copias debe ser razonable y basarse en el costo del Plan.

#### **Derecho a modificar su información de salud que sea inexacta o incomplete**

Con ciertas excepciones, usted tiene derecho a solicitar que el Plan modifique su información de salud en un conjunto de registros designado. El Plan puede rechazar su solicitud por varios motivos. Por ejemplo, su solicitud puede ser denegada si la información de salud es precisa y completa, no fue creada por el Plan (a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible), no es parte del conjunto de registros designado o está no disponibles para inspección (por ejemplo, notas de psicoterapia o información recopilada para procedimientos civiles, penales o administrativos).

Si desea ejercer este derecho, su solicitud al Plan debe ser por escrito y debe incluir una declaración que respalde la enmienda solicitada. Dentro de los 60 días posteriores a la recepción de su solicitud, el Plan tomará una de estas acciones:

- Hacer la enmienda solicitada
- Proporcionar una denegación por escrito que explique por qué se rechazó su solicitud y cualquier derecho que pueda tener para no estar de acuerdo o presentar una queja
- Proporcionar una declaración por escrito de que el período de tiempo para revisar su solicitud se extenderá por no más de 30 días más, junto con los motivos del retraso y la fecha en la que el Plan espera atender su solicitud

### **Derecho a recibir un informe de los Avisos de su información de salud**

Usted tiene derecho a una lista de ciertas divulgaciones de su información de salud que el Plan ha realizado. A esto se le suele denominar “contabilidad de divulgaciones”. Por lo general, puede recibir este informe si la divulgación es requerida por ley, en relación con actividades de salud pública o en situaciones similares enumeradas en la tabla anterior de este aviso, a menos que se indique lo contrario a continuación.

Puede recibir información sobre divulgaciones de su información de salud hasta seis años antes de la fecha de su solicitud. No tiene derecho a recibir un informe de las divulgaciones realizadas en cualquiera de estas circunstancias:

- Para tratamiento, pago u operaciones de atención médica
- A usted sobre su propia información de salud
- Incidental a otras divulgaciones permitidas o requeridas
- Cuando se proporcionó autorización
- A familiares o amigos involucrados en su atención (donde la divulgación se permite sin autorización)
- Para fines de seguridad o inteligencia nacional o para instituciones correccionales o funcionarios encargados de hacer cumplir la ley en determinadas circunstancias
- Como parte de un “conjunto de datos limitado” (información de salud que excluye cierta información de identificación)

Además, su derecho a un informe de divulgaciones a una agencia de supervisión de la salud o funcionario encargado de hacer cumplir la ley puede suspenderse a solicitud de la agencia o funcionario.

Si desea ejercer este derecho, su solicitud al Plan debe ser por escrito. Dentro de los 60 días posteriores a la solicitud, el Plan le proporcionará la lista de divulgaciones o una declaración escrita de que el período para proporcionar esta lista se extenderá por no más de 30 días más, junto con los motivos del retraso y la fecha mediante el cual el Plan espera atender su solicitud. Puede realizar una solicitud en cualquier período de 12 meses sin costo alguno para usted, pero el Plan puede cobrar una tarifa por solicitudes posteriores. Se le notificará la tarifa con anticipación y tendrá la oportunidad de cambiar o revocar su solicitud.

### **Derecho a obtener una copia impresa de este aviso del Plan previa solicitud**

Usted tiene derecho a obtener una copia impresa de este aviso de privacidad si lo solicita. Incluso las personas que aceptaron recibir este aviso electrónicamente pueden solicitar una copia impresa en cualquier momento.

### **Cambios en la información de este aviso.**

El Plan debe cumplir con los términos del aviso de privacidad vigente. Este aviso entra en vigor el 16 de febrero de 2026. Sin embargo, el Plan se reserva el derecho de modificar los términos de sus políticas de privacidad, tal como

se describe en este aviso, en cualquier momento y de hacer efectivas nuevas disposiciones para toda la información sanitaria que el Plan mantenga. Esto incluye información sanitaria que fue creada o recibida anteriormente, no solo la información sanitaria creada o recibida tras el cambio de la política. Si se realizan cambios en las políticas de privacidad descritas en este aviso, tu equipo de Beneficios te proporcionará un aviso de privacidad revisado.

### **Quejas**

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad o que su Plan no ha cumplido con sus obligaciones legales según HIPAA, puede presentar una queja ante el Plan y ante el Secretario de Salud y Servicios Humanos. No sufrirá represalias por presentar una queja. Para presentar una queja, comuníquese con un miembro de su equipo de Beneficios.

### **Contacto**

Para obtener más información sobre las políticas de privacidad del Plan o sus derechos según HIPAA, comuníquese con un miembro de su equipo de Beneficios.

## **Nuevas Opciones de Cobertura del Mercado de Seguros Médicos y Su Cobertura Médica**

### **PARTE A: Información General**

Para ayudarle a evaluar opciones para usted y su familia, este aviso proporciona información básica sobre el Mercado de seguros médicos y la cobertura médica basada en el empleo que ofrece su empleador.

#### *¿Qué es el Mercado de Seguros Médicos?*

El Mercado está diseñado para ayudarle a encontrar un seguro médico que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El Mercado ofrece "compras integrales" para encontrar y comparar opciones de seguro médico privado. También puede ser elegible para un nuevo tipo de crédito fiscal que reduce su prima mensual de inmediato. La inscripción abierta para cobertura de seguro médico a través del Mercado comienza en Octubre para la cobertura a partir del 1 de Enero.

#### *¿Puedo ahorrar dinero en mis primas de seguro médico en el mercado?*

Puede calificar para ahorrar dinero y reducir su prima mensual, pero solo si su empleador no ofrece cobertura o ofrece cobertura que no cumple con ciertos estándares. Los ahorros en su prima para los que es elegible dependen de los ingresos de su hogar.

#### *¿La cobertura médica del empleador afecta la elegibilidad para ahorros en primas a través del mercado?*

Sí. Si tiene una oferta de cobertura de salud de su empleador que cumple con ciertos estándares, no será elegible para un crédito fiscal a través del Mercado y es posible que desee inscribirse en el plan de salud de su empleador. Sin embargo, puede ser elegible para un crédito fiscal que reduzca su prima mensual o una reducción en ciertos costos compartidos si su empleador no le ofrece ninguna cobertura o no le ofrece una cobertura que cumpla con ciertos estándares. Si el costo de un plan de su empleador que lo cubriría a usted (y no a ningún otro miembro de su familia) es más del 9,96 % para 2026 de los ingresos de su hogar para el año, o si la cobertura que su empleador proporciona no cumple con el estándar de "valor mínimo" establecido por la Ley de Atención Médica Asequible, usted puede ser elegible para un crédito fiscal.

Un plan de salud patrocinado por el empleador 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.

**NOTA:** Si compra un plan de salud a través del Mercado en lugar de aceptar la cobertura de salud ofrecida por su empleador, puede perder la contribución del empleador (si corresponde) a la cobertura ofrecida por el empleador. Además, esta contribución del empleador, así como la contribución de su empleado a la cobertura ofrecida por el empleador, a menudo se excluye de los ingresos para fines de impuestos sobre la renta federales y estatales. Sus pagos de cobertura a través del Mercado se realizan después de impuestos.

*¿Cómo puedo obtener más información?*

Para obtener más información sobre la cobertura ofrecida por su empleador, consulte la descripción resumida de su plan o comuníquese con un miembro de su equipo de Beneficios.

El Mercado puede ayudarlo a evaluar sus opciones de cobertura, incluida su elegibilidad para cobertura a través del Mercado y su costo. Visite [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov) para obtener más información, incluida una solicitud en línea para cobertura de seguro médico e información de contacto de un Mercado de seguros médicos en su área.

### **PARTE B: Información sobre la cobertura médica ofrecida por su empleador**

Esta sección contiene información sobre cualquier cobertura de salud ofrecida por su empleador. Si decide completar una solicitud de cobertura en el Mercado, se le pedirá que proporcione esta información. Esta información está numerada para corresponder a la solicitud del Mercado.

3. Nombre del empleador: Unified Door and Hardware
4. Número de identificación de empleado (EIN): 27-4538887
5. Dirección del empleado: 2520 Red Hill Avenue, Santa Ana, CA 92705
6. Número de teléfono del empleador: (657) 900-3220
7. Ciudad: Santa Ana | 8. Estado: CA | 9. Código postal: 92705
10. ¿A quién podemos contactar sobre la cobertura de salud de los empleados en este trabajo?: Asma Shaikh
11. Número del empleado (si es diferente al anterior):
12. Dirección de correo electrónico: [Asma.Shaikh@myfbm.com](mailto:Asma.Shaikh@myfbm.com)

A continuación se ofrece información básica sobre la cobertura de salud que ofrece este empleador:

- Como su empleador, ofrecemos un plan de salud a todos los empleados. Los empleados elegibles son empleados de tiempo completo que trabajan 30 horas o más por semana.
- Respecto a dependientes, sí ofrecemos cobertura. Los dependientes elegibles son el cónyuge legal, la pareja de hecho y los hijos hasta los 26 años.
- Esta cobertura cumple con el estándar de valor mínimo y el costo de esta cobertura para usted pretende ser asequible, según los salarios de los empleados.
- Consulte los documentos de su plan de beneficios o comuníquese con Beneficios para obtener detalles sobre elegibilidad, beneficios cubiertos y costos de cobertura.

**NOTA:** Incluso si su empleador tiene la intención de que su cobertura sea asequible, aún puede ser elegible para un descuento en la prima a través del Mercado. El Mercado utilizará los ingresos de su hogar, junto con otros factores, para determinar si puede ser elegible para un descuento en la prima. Si, por ejemplo, sus salarios varían de una semana a otra (quizás es un empleado por horas o trabaja a comisión), si es nuevo empleado a mitad de año o si tiene otras pérdidas de ingresos, aún puede calificar para un descuento premium. Si decide buscar cobertura en el Mercado, [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov) lo guiará a través del proceso.

### **Aviso de la Ley de Protección al Recién Nacido y a la Madre**

Los planes de salud de grupo y los emisores de seguros de salud no podrán, generalmente, bajo Ley Federal, restringir los beneficios por estadía en cualquier hospital en conexión con el nacimiento de un bebé para la madre o para el recién nacido a menos de 48 horas luego de un parto vaginal, o menos de 96 horas luego de una operación de cesárea. Sin embargo, la Ley Federal generalmente no prohíbe que el proveedor tratante de la madre o del recién nacido, luego de consultar con la madre, le dé de alta del hospital a la madre o al recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas según corresponda). En todo caso, los planes y los emisores no podrían, bajo Ley Federal, requerir que el proveedor obtenga autorización del plan o del emisor del seguro para prescribir una estadía que no exceda las 48 horas (o 96 horas según corresponda). Si usted desea mayor información sobre los beneficios consulte el material del plan de beneficios para el plan médico en el que está inscrito

### **Aviso importante a los Empleados de Unified Door and Hardware Gaming Sobre su Cobertura Acreditable de Recetas Médicas y Medicare**

El propósito de este aviso es informarle que se espera que la cobertura de recetas médicas que se detalla a continuación bajo el plan médico de Unified Door and Hardware pague, en promedio, tanto como lo hará la cobertura estándar de Medicare para recetas médicas en 2026. A esto se le conoce como “cobertura acreditable”.

Por qué esto es importante. Si usted o sus dependientes cubiertos están inscritos en cualquier cobertura de recetas médicas durante 2026 que se menciona en este aviso y están o quedan cubiertos por Medicare, pueden decidir inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas más adelante y no estar sujetos a una multa por inscripción tardía —siempre que hayan tenido cobertura acreditable dentro de los 63 días posteriores a su inscripción en el plan de Medicare para recetas médicas—. Debe guardar este aviso con sus registros importantes.

Si usted o los miembros de su familia no están actualmente cubiertos por Medicare y no estarán cubiertos por Medicare en los próximos 12 meses, este aviso no aplica a ustedes.

NOTA: Algunos programas de medicamentos recetados ofrecidos por Unified Door and Hardware NO brindan cobertura acreditable de medicamentos recetados. Si está inscrito (o interesado en inscribirse) en cualquier cobertura de medicamentos que no está en este aviso, revise el aviso complementario de Unified Door and Hardware titulado "Aviso importante de Unified Door and Hardware sobre la cobertura de medicamentos recetados no acreditables y Medicare".

Si usted o los miembros de su familia no están actualmente cubiertos por Medicare y no estarán cubiertos por Medicare en los próximos 12 meses, este aviso no aplica a ustedes.

Lea el aviso a continuación detenidamente. Este contiene información sobre su cobertura de recetas médicas con Unified Door and Hardware y cobertura de recetas médicas disponible para personas con Medicare. También le indica dónde encontrar más información para ayudarlo a tomar decisiones con respecto a su cobertura de recetas médicas.

#### **Aviso de cobertura acreditable**

Es posible que haya oído sobre la cobertura de Medicare para recetas médicas (llamada Parte D) y se haya preguntado cómo esta le afectaría. La cobertura para recetas médicas está disponible para todos los que tienen Medicare a través de los planes de Medicare para recetas médicas. Todos los planes de Medicare para recetas médicas brindan al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también ofrecen más cobertura por una prima mensual más alta.

Las personas pueden inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas cuando son elegibles por primera vez y cada año desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Las personas que dejan la cobertura del empleador/sindicato pueden ser elegibles para un Período Especial de Inscripción a Medicare.

Si está cubierto por uno de los planes de recetas médicas de Unified Door and Hardware, le interesará saber que la cobertura de recetas médicas de los planes es, en promedio, al menos tan buena como la cobertura estándar de Medicare para recetas médicas en 2026. A esto se le llama cobertura acreditable. La cobertura bajo uno de estos planes lo ayudará a evitar una multa por inscripción tardía en la Parte D si es elegible para Medicare y después decide inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas.

- Anthem Blue Cross High CDHP
- Anthem Blue Cross Low CDHP
- Anthem Blue Cross PPO
- Anthem Blue Cross EPO
- HMSA CompMed

Si decide inscribirse en un plan de Medicare para recetas médicas y es un empleado activo o un familiar de un empleado activo, también puede continuar con la cobertura de su empleador. En este caso, el plan de Unified Door and Hardware continuará pagando primaria o secundaria como lo había hecho antes de que se inscribiera en un plan de Medicare para recetas médicas. Si renuncia o deja la cobertura de Unified Door and Hardware, Medicare será su único pagador. Puede volver a inscribirse en el plan del empleador en la inscripción anual o si tiene una inscripción especial u otro evento que califique, o puede volver a ser elegible para inscribirse en el plan de Unified Door and Hardware a mitad de año, suponiendo que siga siendo elegible.

Debe saber que si usted renuncia o deja la cobertura con Unified Door and Hardware y lleva 63 días o más sin cobertura acreditable para recetas médicas (una vez que termine su período de inscripción de Medicare aplicable), su prima mensual de la Parte D aumentará por lo menos un 1% al mes por cada mes que usted no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si usted lleva 19 meses sin cobertura, su prima de Medicare para recetas médicas siempre será por lo menos 19% más alta de lo que la mayoría de la gente paga. Usted tendrá que pagar esta prima más alta mientras tenga la cobertura de Medicare para recetas médicas. Además, usted tendrá que esperar hasta el siguiente octubre para inscribirse en la Parte D.

Es posible que reciba este aviso en otros momentos en el futuro, por ejemplo, antes del próximo período en el que podrá inscribirse en la cobertura de Medicare para recetas médicas, si esta cobertura de Unified Door and Hardware cambia o si usted lo solicita.

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

Revise el manual “Medicare y Usted” para información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura para recetas médicas. Medicare le enviará por correo a los participantes de Medicare un ejemplar del manual cada año. Tal vez los planes de Medicare para recetas médicas le llamen directamente. Asimismo, los planes de Medicare para recetas médicas pueden contactarse directamente con usted. Aquí puede obtener más información sobre los planes de Medicare para recetas médicas:

- Visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) para obtener ayuda personalizada.
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte una copia del manual Medicare y Usted para obtener el número telefónico) o visite el programa en línea en <https://www.shiptacenter.org/>.
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

Para las personas con ingresos y recursos limitados, hay disponible una ayuda adicional para pagar un plan de Medicare para recetas médicas. La Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) tiene disponible información sobre esta ayuda adicional. Para obtener más información sobre esta ayuda adicional, visite la SSA en línea en [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov) o llame al 1-800-772-1213. Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deben llamar al 1-800-325-0778.

**RECUERDE:** Guarde este aviso. Si se inscribe en un plan de Medicare para recetas médicas después de que finalice su período de inscripción aplicable en Medicare, tal vez necesite dar una copia de este aviso cuando se inscriba en un plan de la Parte D para demostrar que no está obligado a pagar una prima más alta para la Parte D.

Para obtener más información acerca de este aviso o sobre su cobertura de recetas médicas, comuníquese con el departamento de recursos humanos de Unified Door and Hardware

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

Revise el manual “Medicare y Usted” para información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura para recetas médicas. Medicare le enviará por correo a los participantes de Medicare un ejemplar del manual cada año. Tal vez los planes de Medicare para recetas médicas le llamen directamente. Asimismo, los planes de Medicare para recetas médicas pueden contactarse directamente con usted. Aquí puede obtener más información sobre los planes de Medicare para recetas médicas:

- Visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) para obtener ayuda personalizada.
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte una copia del manual Medicare y Usted para obtener el número telefónico) o visite el programa en línea en <https://www.shiptacenter.org/>.
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

Para las personas con ingresos y recursos limitados, hay disponible una ayuda adicional para pagar un plan de Medicare para recetas médicas. La Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) tiene disponible información sobre esta ayuda adicional. Para obtener más información sobre esta ayuda adicional, visite la SSA en línea en [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov) o llame al 1-800-772-1213. Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deben llamar al 1-800-325-0778.

**RECUERDE:** Guarde este aviso. Si se inscribe en un plan de Medicare para recetas médicas después de que finalice su período de inscripción aplicable en Medicare, tal vez necesite dar una copia de este aviso cuando se inscriba en un plan de la Parte D para demostrar que no está obligado a pagar una prima más alta para la Parte D.

Para obtener más información acerca de este aviso o sobre su cobertura de recetas médicas, comuníquese con el departamento de recursos humanos de Unified Door and Hardware

### **Aviso sobre los Derechos Especiales de Inscripción para la Cobertura del Plan de Salud**

Como debe de saber, si usted ha declinado la inscripción del plan de salud con Unified Door and Hardware para usted y sus dependientes (incluyendo a su esposo/a) porque ya tiene otra cobertura de seguro de salud, usted o sus dependientes pueden inscribirse en algunas coberturas bajo este plan sin esperar el siguiente período de inscripción abierta, siempre y cuando usted haya pedido dentro de los 31 días posteriores a la finalización de su otra cobertura. Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, es posible que pueda inscribirse usted y sus dependientes elegibles, siempre que solicite la inscripción dentro de los 31 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Unified Door and Hardware también permitirá la oportunidad de una inscripción especial si usted o sus dependientes elegibles cumplen con alguno de los siguientes requisitos:

1. La pérdida de cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro de Salud para Menores (CHIP, por sus siglas en inglés) porque ya no son elegibles, o
2. Que sea elegible para un Programa Estatal de Ayuda para Primas bajo Medicaid o CHIP.

Para estas oportunidades de inscripción, usted tendrá 60 días —en vez de 31— desde el día de cambio de elegibilidad en Medicaid/CHIP para solicitar la inscripción en el plan de salud del grupo Unified Door and Hardware. Tome en cuenta que estos nuevos 60 días de prórroga no se aplican a las oportunidades de inscripción que no sean debido al cambio de elegibilidad en Medicaid/CHIP.

Aviso: si su dependiente llega a ser elegible por un derecho especial de inscripción, usted puede añadir a su dependiente a su cobertura actual o cambiar a otro plan de salud.

### **Aviso de HIPAA sobre Disponibilidad de Alternativas para Programas de Bienestar Condicionados a la Salud**

Su plan de salud está comprometido a ayudarlo a lograr su mejor salud. El plan aplica un recargo por el uso de tabaco a ciertos empleados. Un programa de bienestar para dejar de fumar está disponible para todos los empleados. La participación en este programa puede ayudarlo a evitar el recargo por el uso de tabaco. Para obtener más información sobre este programa para dejar de fumar, comuníquese con el equipo de Unified Door and Hardware Benefits o con la compañía de seguros de su plan médico. Si cree que es posible que no pueda cumplir con un estándar de este programa de bienestar, es posible que califique por diferentes medios. Póngase en contacto con el equipo de Unified Door and Hardware Benefits y ellos trabajarán con usted (y, si lo desea, con su médico) para encontrar un programa de bienestar que le permita evitar el recargo adecuado para usted en vista de su estado de salud.

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

Si usted ha tenido o va a tener una mastectomía, usted podría tener ciertos beneficios bajo la Ley de Salud de la Mujer y sus Derechos sobre el Cáncer de 1998 (WHCRA, por sus siglas en inglés). Para las personas que reciben beneficios relacionados con la mastectomía, se brindará cobertura de una manera determinada en consulta con el médico tratante y el paciente para:

1. Todas las fases de la reconstrucción del seno en el cual se ha realizado la mastectomía;
2. Cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica prótesis; y
3. Tratamiento de complicaciones físicas por la mastectomía, incluyendo linfedema.

Estos beneficios serán brindados según los mismos deductibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y de cirugía bajo este plan. Si usted desea mayor información sobre los beneficios, llame a su administrador del consulte el material del plan de beneficios para el plan médico en el que está inscrito.

### **Asistencia con las Primas bajo Medicaid y el Programa de Seguro de Salud para Menores (CHIP)**

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para cobertura médica de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia con las primas que puede ayudar a pagar por la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, usted no será elegible para estos programas de asistencia con las primas, pero es probable que pueda comprar cobertura de seguro individual a través del mercado de seguros médicos. Para obtener más información, visite [www.cuidadodesalud.gov](http://www.cuidadodesalud.gov).

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y usted vive en uno de los estados enumerados a continuación, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para saber si hay asistencia con primas disponible.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y usted cree que usted o cualquiera de sus dependientes puede ser elegible para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado, llame al 1-877-KIDS NOW o visite [www.espanol.insurekidsnow.gov](http://www.espanol.insurekidsnow.gov) para

información sobre como presentar su solicitud. Si usted es elegible, pregunte a su estado si tiene un programa que pueda ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para asistencia con primas bajo Medicaid o CHIP, y también son elegibles bajo el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan de su empleador, si usted aún no está inscrito. Esto se llama oportunidad de “inscripción especial”, y usted debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días de haberse determinado que usted es elegible para la asistencia con las primas. Si tiene preguntas sobre la inscripción en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento del Trabajo electrónicamente a través de [www.askebsa.dol.gov](http://www.askebsa.dol.gov) o llame al servicio telefónico gratuito 1-866-444-EBSA (3272).

Si usted vive en uno de los siguientes estados, tal vez sea elegible para asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente es una lista de estados actualizada a la fecha de este aviso. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad:

<b>ALABAMA – Medicaid</b>	<b>ALASKA – Medicaid</b>
Sitio web: <a href="http://myalhipp.com/">http://myalhipp.com/</a> Teléfono: 1-855-692-5447	El Programa de Pago de Primas de Seguro Médico AK Sitio web: <a href="http://myakhipp.com/">http://myakhipp.com/</a> Teléfono: 1-866-251-4861 Correo electrónico: <a href="mailto:CustomerService@MyAKHIPP.com">CustomerService@MyAKHIPP.com</a> Elegibilidad para Medicaid: <a href="https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx">https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx</a>
<b>ARKANSAS – Medicaid</b>	<b>CALIFORNIA – Medicaid</b>
Sitio web: <a href="http://myarhipp.com/">http://myarhipp.com/</a> Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Sitio web del programa de pago de primas de seguro médico (HIPP): <a href="http://dhcs.ca.gov/hipp">http://dhcs.ca.gov/hipp</a> Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Correo electrónico: <a href="mailto:hipp@dhcs.ca.gov">hipp@dhcs.ca.gov</a>
<b>COLORADO – Health First Colorado (Colorado’s Medicaid Program) &amp; Child Health Plan Plus (CHP+)</b>	<b>FLORIDA – Medicaid</b>
Sitio web de Health First Colorado: <a href="https://www.healthfirstcolorado.com/">https://www.healthfirstcolorado.com/</a> Centro de contacto para miembros de Health First Colorado: 1-800-221-3943 / Relé estatal 711 CHP+: <a href="https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus">https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus</a> Servicio al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/State Relay 711 Programa de compra de seguro médico (HIBI): Servicio al cliente de <a href="https://www.mycohibi.com/">https://www.mycohibi.com/</a> HIBI: 1-855-692-6442	Sitio web: <a href="https://www.flmedicaidprecovery.com/flmedicaidprecovery.com/hipp/index.html">https://www.flmedicaidprecovery.com/flmedicaidprecovery.com/hipp/index.html</a> Teléfono: 1-877-357-3268
<b>GEORGIA – Medicaid</b>	<b>INDIANA – Medicaid</b>
Sitio web de GA HIPP: <a href="https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp">https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp</a> Teléfono: 678-564-1162, Presione 1 Sitio web de GA CHIPRA: <a href="https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra">https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra</a> Teléfono: 678-564-1162, Presione 2	Programa de pago de primas de seguro médico Todos los demás Medicaid Sitio web: <a href="https://www.in.gov/medicaid/">https://www.in.gov/medicaid/</a> <a href="http://www.in.gov/fssa/dfr/">http://www.in.gov/fssa/dfr/</a> Administración de Servicios Sociales y Familiares Teléfono: 1-800-403-0864 Teléfono de Servicios para Miembros: 1-800-457-4584
<b>IOWA – Medicaid and CHIP (Hawki)</b>	<b>KANSAS – Medicaid</b>

<p>Sitio web de Medicaid:  <a href="#">Medicaid de Iowa   Teléfono de Medicaid de Salud y Servicios Humanos</a>  : 1-800-338-8366</p> <p>Sitio web de Hawki:  <a href="#">Hawki - Niños sanos y sanos en Iowa   Salud y Servicios Humanos</a>  Hawki Teléfono: 1-800-257-8563</p> <p>Sitio web de HIPP: <a href="#">Pago de primas de seguro médico (HIPP)   Salud y Servicios Humanos (iowa.gov)</a>  Teléfono HIPP: 1-888-346-9562</p>	<p>Sitio web: <a href="https://www.kancare.ks.gov/">https://www.kancare.ks.gov/</a>  Teléfono: 1-800-792-4884  Teléfono HIPP: 1-800-967-4660</p>
<b>KENTUCKY – Medicaid</b>	<b>LOUISIANA – Medicaid</b>
<p>Sitio web del Programa Integrado de Pago de Primas de Seguro Médico de Kentucky (KI-HIPP):  <a href="https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx">https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx</a>  Teléfono: 1-855-459-6328</p> <p>Correo electrónico: <a href="mailto:KIHIPP.PROGRAM@ky.gov">KIHIPP.PROGRAM@ky.gov</a></p> <p>Sitio web de KCHIP: <a href="https://kynect.ky.gov">https://kynect.ky.gov</a>  Teléfono: 1-877-524-4718</p> <p>Sitio web de Medicaid de Kentucky:  <a href="https://chfs.ky.gov/agencies/dms">https://chfs.ky.gov/agencies/dms</a></p>	<p>Sitio web: <a href="http://www.medicaid.la.gov">www.medicaid.la.gov</a> o <a href="http://www.ldh.la.gov/lahipp">www.ldh.la.gov/lahipp</a>  Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)</p>
<b>MAINE – Medicaid</b>	<b>MASSACHUSETTS – Medicaid and CHIP</b>
<p>Sitio web de inscripción:  <a href="https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en-US">https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en-US</a>  Teléfono: 1-800-442-6003  TTY: Retransmisión de Maine 711</p> <p>Página web de primas de seguros de salud privados:  <a href="https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms">https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms</a>  Teléfono: 1-800-977-6740  TTY: Retransmisión de Maine 711</p>	<p>Sitio web: <a href="https://www.mass.gov/masshealth/pa">https://www.mass.gov/masshealth/pa</a>  Teléfono: 1-800-862-4840  TTY: 711  Correo electrónico: <a href="mailto:masspremassistance@accenture.com">masspremassistance@accenture.com</a></p>
<b>MINNESOTA – Medicaid</b>	<b>MISSOURI – Medicaid</b>
<p>Sitio web:  <a href="https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/">https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/</a>  Teléfono: 1-800-657-3672</p>	<p>Sitio web: <a href="http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm">http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm</a>  Teléfono: 573-751-2005</p>
<b>MONTANA – Medicaid</b>	<b>NEBRASKA – Medicaid</b>
<p>Sitio web:  <a href="http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP">http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP</a>  Teléfono: 1-800-694-3084</p> <p>Correo electrónico: <a href="mailto:HSHIPPProgram@mt.gov">HSHIPPProgram@mt.gov</a></p>	<p>Sitio web: <a href="http://www.ACCESSNebraska.ne.gov">http://www.ACCESSNebraska.ne.gov</a>  Teléfono: 1-855-632-7633  Lincoln: 402-473-7000  Omaha: 402-595-1178</p>
<b>NEVADA – Medicaid</b>	<b>NEW HAMPSHIRE – Medicaid</b>
<p>Sitio web de Medicaid: <a href="http://dhcfp.nv.gov">http://dhcfp.nv.gov</a>  Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900</p>	<p>Sitio web: <a href="https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program">https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program</a>  Teléfono: 603-271-5218  Número gratuito para el programa HIPP: 1-800-852-3345, ext. 15218  Correo electrónico: <a href="mailto:DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov">DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov</a></p>
<b>NEW JERSEY – Medicaid and CHIP</b>	<b>NEW YORK – Medicaid</b>

<p>Sitio web de Medicaid:  <a href="http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clientes/medicaid/">http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clientes/medicaid/</a>  Teléfono: 1-800-356-1561  Teléfono de asistencia premium de CHIP: 609-631-2392  Sitio web de CHIP: <a href="http://www.njfamilycare.org/index.html">http://www.njfamilycare.org/index.html</a>  Teléfono CHIP: 1-800-701-0710 (TTY: 711)</p>	<p>Sitio web: <a href="https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/">https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/</a>  Teléfono: 1-800-541-2831</p>
<b>NORTH CAROLINA – Medicaid</b>	<b>NORTH DAKOTA – Medicaid</b>
<p>Sitio web: <a href="https://medicaid.ncdhhs.gov/">https://medicaid.ncdhhs.gov/</a>  Teléfono: 919-855-4100</p>	<p>Sitio web: <a href="https://www.hhs.nd.gov/healthcare">https://www.hhs.nd.gov/healthcare</a>  Teléfono: 1-844-854-4825; o al 1-866-614-6005</p>
<b>OKLAHOMA – Medicaid and CHIP</b>	<b>OREGON – Medicaid and CHIP</b>
<p>Website: <a href="http://www.insureoklahoma.org">http://www.insureoklahoma.org</a>  Teléfono: 1-888-365-3742</p>	<p>Sitio web: <a href="http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx">http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx</a>  Teléfono: 1-800-699-9075</p>
<b>PENNSYLVANIA – Medicaid and CHIP</b>	<b>RHODE ISLAND – Medicaid and CHIP</b>
<p>Sitio web: <a href="https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html">https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html</a>  Teléfono: 1-800-692-7462  Sitio web de CHIP: <a href="http://www.pa.gov">Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) (pa.gov)</a>  Teléfono CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)</p>	<p>Sitio web: <a href="http://www.eohhs.ri.gov/">http://www.eohhs.ri.gov/</a>  Teléfono: 1-855-697-4347, o  401-462-0311 (Línea directa de repartición de rite)</p>
<b>SOUTH CAROLINA – Medicaid</b>	<b>SOUTH DAKOTA - Medicaid</b>
<p>Sitio web: <a href="https://www.scdhhs.gov">https://www.scdhhs.gov</a>  Teléfono: 1-888-549-0820</p>	<p>Sitio web: <a href="http://dss.sd.gov">http://dss.sd.gov</a>  Teléfono: 1-888-828-0059</p>
<b>TEXAS – Medicaid</b>	<b>UTAH – Medicaid and CHIP</b>
<p>Sitio web: <a href="http://www.texas.gov">Programa de pago de primas de seguro médico (HIPP)   Salud y Servicios Humanos de Texas</a>  Teléfono: 1-800-440-0493</p>	<p>Sitio web de la Asociación de Primas para Seguros de Salud (UPP) de Utah: <a href="https://medicaid.utah.gov/upp/">https://medicaid.utah.gov/upp/</a>  Correo electrónico: <a href="mailto:upp@utah.gov">upp@utah.gov</a>  Teléfono: 1-888-222-2542;  Sitio web de expansión para adultos:  <a href="https://medicaid.utah.gov/expansion/">https://medicaid.utah.gov/expansion/</a>  Sitio web del Programa de Compra de Medicaid de Utah:  <a href="https://medicaid.utah.gov/buyout-program/">https://medicaid.utah.gov/buyout-program/</a>  Sitio web de CHIP: <a href="https://chip.utah.gov/">https://chip.utah.gov/</a></p>
<b>VERMONT– Medicaid</b>	<b>VIRGINIA – Medicaid and CHIP</b>
<p>Sitio web: <a href="http://www.vermont.gov">Programa de pago de primas de seguro médico (HIPP)   Departamento de Acceso a la Salud de Vermont</a>  Teléfono: 1-800-250-8427</p>	<p>Sitio web: <a href="https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select">https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select</a>  <a href="https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs">https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs</a>  Teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924 (restringido regionalmente); o al 1-855-242-8282</p>
<b>WASHINGTON – Medicaid</b>	<b>WEST VIRGINIA – Medicaid and CHIP</b>
<p>Sitio web: <a href="https://www.hca.wa.gov/">https://www.hca.wa.gov/</a>  Teléfono: 1-800-562-3022</p>	<p>Sitio web: <a href="https://dhhr.wv.gov/bms/">https://dhhr.wv.gov/bms/</a>  <a href="http://mywvhpp.com/">http://mywvhpp.com/</a>  Teléfono de Medicaid: 304-558-1700  Teléfono gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)</p>
<b>WISCONSIN – Medicaid and CHIP</b>	<b>WYOMING – Medicaid</b>
<p>Sitio web:  <a href="https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm">https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm</a>  Teléfono: 1-800-362-3002</p>	<p>Sitio web: <a href="https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/">https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/</a>  Teléfono: 1-800-251-1269</p>

Para saber si otros estados han agregado el programa de asistencia con primas desde el 31 de Julio de 2025, o para obtener más información sobre derechos de inscripción especial, comuníquese con alguno de los siguientes:

Departamento del Trabajo de EE.UU.  
Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados  
[www.dol.gov/agencies/ebsa/es/about-ebsa/our-activities/informacion-en-espanol](http://www.dol.gov/agencies/ebsa/es/about-ebsa/our-activities/informacion-en-espanol)  
1-866-444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.  
Centros para Servicios de Medicare y Medicaid  
[www.cms.hhs.gov](http://www.cms.hhs.gov)  
1-877-267-2323, opción de menú 4, Ext. 61565

### **Declaración de la Ley de Reducción de Trámites**

Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Ley Pública 104-13) (PRA, por sus siglas en inglés), no es obligatorio que ninguna persona responda a una recopilación de información, a menos que dicha recopilación tenga un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El Departamento advierte que una agencia federal no puede llevar a cabo ni patrocinar una recopilación de información, a menos que la OMB la apruebe en virtud de la ley PRA y esta tenga un número de control actualmente válido de la oficina mencionada. El público no tiene la obligación de responder a una recopilación de información, a menos que esta tenga un número de control actualmente válido de la OMB. Consulte la Sección 3507 del Título 44 del Código de Estados Unidos (USC). Además, sin perjuicio de ninguna otra disposición legal, ninguna persona quedará sujeta a sanciones por no cumplir con una recopilación de información, si dicha recopilación no tiene un número de control actualmente válido de la OMB. Consulte la Sección 3512 del Título 44 del Código de Estados Unidos (USC).

Se estima que el tiempo necesario para realizar esta recopilación de información es, en promedio, de aproximadamente siete minutos por persona. Se anima a los interesados a que envíen sus comentarios con respecto al tiempo estimado o a cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, como sugerencias para reducir este tiempo, a la dependencia correspondiente del Ministerio de Trabajo de EE. UU., a la siguiente dirección: U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, Office of Policy and Research, Attention: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210. También pueden enviar un correo electrónico a [ebsa.opr@dol.gov](mailto:ebsa.opr@dol.gov) y hacer referencia al número de control de la OMB 1210-0137. *Número e Control de OMB 1210-0137 (vence al 31 de enero de 2026)*