

***A Note about COVID-19:*** The content of the HIPAA special enrollment notice and the COBRA Initial Notice in this packet may be affected by disaster relief guidance issued in response to the COVID-19 pandemic (see our article [on hubinternational.com](https://www.hubinternational.com) on these issues). The notice templates provided by HUB do not reflect that relief for a couple of reasons. First, the relief may apply differently depending on how you and/or your vendors have chosen to apply the guidance. Second, we assume you have already communicated about the COVID-19 relief with your employees. However, as a best practice, HUB recommends you include information about the COVID-19 relief with your enrollment communications, even if you have communicated it previously.

# **Section I: Annual Notices and Forms for All Plans**

## Aviso de cobertura comprobable de Medicare Parte D

### **Aviso Importante de El Condado de El Paso, Texas Sobre su Cobertura para Recetas Médicas y Medicare**

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

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

- (1) La cobertura de medicamentos con receta de Medicare está disponible desde el año 2006 para todas las personas inscritas en Medicare. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare o en un plan Medicare Advantage (como un plan HMO o PPO) que ofrezca cobertura de medicamentos con receta. Todos los planes de medicamentos de Medicare deben proporcionar, como mínimo, el nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Es posible que algunos planes le ofrezcan una cobertura mayor por una prima mensual más alta.
- (2) El Condado de El Paso, Texas ha determinado que la cobertura para recetas médicas ofrecida por el Plan Core, en promedio se espera que pague tanto como lo hará la cobertura estándar de Medicare para recetas médicas para todos los participantes del plan y por lo tanto es considerada Cobertura Acreditada. Debido a que su cobertura actual es Acreditada, usted puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una penalidad), si más tarde decide inscribirse en un plan de Medicare.

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

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

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

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

Si decide inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos recetados, su cobertura actual con el Patrocinador del plan puede ser afectada. Además, si aun así decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y cancelar su cobertura actual ofrecida por el Patrocinador del plan, tenga en mente que es posible que usted y sus dependientes no puedan volver a recibir esta cobertura.

Comuníquese con la persona que figura al final de este aviso para obtener más información sobre qué sucede con su cobertura si se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare Parte D.

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

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

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

## **Para más información sobre este aviso o su cobertura actual para recetas médicas...**

Llame a nuestra oficina para más información. **NOTA:** Usted recibirá este aviso cada año. Recibirá el aviso antes del próximo período en el cual usted puede inscribirse en la cobertura de Medicare para recetas médicas, y en caso de que esta cobertura con el Patrocinador del plan cambie. Además, usted puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

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

Revise el manual “Medicare y Usted” para información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura para recetas médicas. Medicare le enviará por correo un ejemplar del manual. Tal vez los planes de Medicare para recetas médicas le llamen directamente. Asimismo, usted puede obtener más información sobre los planes de Medicare para recetas médicas de los siguientes lugares:

- Visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) por Internet para obtener ayuda personalizada,
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte su manual Medicare y Usted para obtener los números telefónicos)
- Llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

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

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

Fecha:	10/1/2022
Nombre de la entidad/del remitente:	El Condado de El Paso, Texas
Contacto–Puesto/oficina:	Sr. Deputy HR Officer
Dirección:	500 E Overland, El Paso Texas, 79901
Número de teléfono:	915-546-2218

## Aviso de cobertura no comprobable de Medicare Parte D

### **Aviso importante de El Condado de El Paso, Texas sobre su cobertura de medicamentos con receta y Medicare**

Por favor lea este aviso cuidadosamente y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual para recetas médicas con El Condado de El Paso, Texas (el “Patrocinador del plan”) y sus opciones bajo la cobertura de Medicare para medicamentos recetados. Además, le menciona dónde encontrar más información que le ayude a tomar decisiones sobre su cobertura para recetas médicas.

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

- (1) La nueva cobertura de Medicare para recetas médicas está disponible desde el 2006 para todas las personas con Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan de Medicare para Recetas Médicas, o un Plan Medicare Advantage (como un PPO o HMO) que ofrece cobertura para medicamentos recetados. Todos los planes de Medicare para recetas médicas proporcionan por lo menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Además, algunos planes pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
- (2) El Condado de El Paso, Texas ha determinado que la cobertura para recetas médicas ofrecida en el Consumer Driven Health Plan en promedio para todos los participantes del plan, NO espera pagar tanto como lo hará la cobertura estándar de Medicare. Por lo tanto, su cobertura es considerada No Acreditable. Esto es importante porque, probablemente, recibirá más ayuda con sus costos de los medicamentos si se inscribe en un plan de Medicare de recetas médicas, que si sólo tiene cobertura de medicamentos recetados del Plan. Además es importante porque puede significar que tenga que pagar una prima más alta (una penalidad), si no se inscribe en un plan de Medicare la primera vez que es elegible.

(3) Usted puede mantener su cobertura actual del Plan. Sin embargo, ya que su cobertura no es acreditable, usted tiene que tomar decisiones sobre la cobertura de Medicare para recetas médicas que pueden afectar cuánto paga por esa cobertura, dependiendo si se inscribe y cuando lo hace. Cuando tome su decisión, usted tendrá que comparar su cobertura actual, incluyendo qué medicinas están cubiertas, contra la cobertura y costo de los planes que ofrezcan cobertura de Medicare para medicamentos en su área. Lea este aviso cuidadosamente ya que le explica sus opciones. Lea este aviso cuidadosamente ya que le explica sus opciones.

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

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

Sin embargo, si decide dejar su cobertura actual con el Plan, ya que es una cobertura patrocinada por el empleador/sindicato; usted será elegible para dos (2) meses en el Período de Inscripción Especial (SEP) para inscribirse en un Plan Medicare de medicinas. Quizás también tenga que pagar una prima más alta (una penalidad) porque usted no tenía cobertura acreditable con el Plan.

Ya que está perdiendo cobertura acreditada de medicamentos bajo el Plan, usted es elegible para dos (2) meses en el Período de Inscripción Especial (SEP) para inscribirse en un Plan Medicare de medicinas.

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

Ya que la cobertura con el Plan, no es acreditable, dependiendo de cuánto tiempo usted ha estado sin cobertura para medicamentos quizás tenga que pagar una penalidad para inscribirse en un plan Medicare de medicinas. Comenzando con el último mes que usted fue elegible para inscribirse en un plan Medicare de medicamentos pero no lo hizo. Si usted lleva 63 días o más sin cobertura acreditable para recetas médicas que sea por lo menos tan buena como la cobertura de Medicare para recetas médicas, su prima mensual aumentará por lo menos un 1% al mes por cada mes que usted no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si usted lleva diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima siempre será por lo menos 19% más alta de lo que la mayoría de la gente paga. Usted tendrá que pagar esta prima más alta (penalidad) mientras tenga la cobertura de Medicare. Además, usted tendrá que esperar hasta el siguiente mes de octubre para inscribirse.

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

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, es posible que su cobertura actual ofrecida por el Patrocinador del plan se vea afectada. Además, si aun así decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y cancelar su cobertura actual ofrecida por el Patrocinador del plan, tenga en mente que es posible que usted y sus dependientes no puedan volver a recibir esta cobertura.

Comuníquese con la persona que figura al final de este aviso para obtener más información sobre qué sucede con su cobertura si se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare Parte D.

## **Para más información sobre este aviso o su cobertura actual para recetas médicas...**

Llame a nuestra oficina para más información. **NOTA:** Usted recibirá este aviso cada año. Recibirá el aviso antes del próximo periodo en el cual usted puede inscribirse en la cobertura de Medicare para recetas médicas, y en caso de que esta cobertura con el Patrocinador del plan cambie. Además, usted puede solicitar una copia en cualquier momento.

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

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

- Visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) por Internet para obtener ayuda personalizada,
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte su manual Medicare y Usted para obtener los números telefónicos)
- Llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

Fecha:	10/1/2022
Nombre de la entidad/del remitente:	El Condado de El Paso, Texas
Contacto–Puesto/Oficina:	Sr. Deputy HR Officer
Dirección:	500 E Overland, El Paso Texas, 79901
Número de teléfono:	915-546-2218

## Aviso de CHIPRA/CHIP

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

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

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

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y usted cree que usted o cualquiera de sus dependientes puede ser elegible para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado, llame al **1-877-KIDS NOW** o visite [espanol.insurekidsnow.gov](http://espanol.insurekidsnow.gov) para información sobre como presentar su solicitud. Si usted es elegible, pregunte a su estado si tiene un programa que pueda ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

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

**Si usted vive en uno de los siguientes estados, tal vez sea elegible para asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente es una lista de estados actualizada al 31 de julio de 2022. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad.**

<p><b>ALABAMA – Medicaid</b></p> <p>Sitio web: <a href="http://myalhipp.com">http://myalhipp.com</a> Teléfono: 1-855-692-5447</p>	<p><b>ARKANSAS – Medicaid</b></p> <p>Sitio web: <a href="http://myarhipp.com/">http://myarhipp.com/</a> Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)</p>
<p><b>ALASKA – Medicaid</b></p> <p>El Programa de Pago de Alaska primas del seguro médico Sitio web: <a href="http://myakhipp.com">http://myakhipp.com</a> Teléfono: 1-866-251-4861 Por correo electrónico: <a href="mailto:CustomerService@MyAKHIPP.com">CustomerService@MyAKHIPP.com</a> Elegibilidad de Medicaid: <a href="https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx">https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx</a></p>	<p><b>CALIFORNIA – Medicaid</b></p> <p>Sitio web: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program <a href="http://dhcs.ca.gov/hipp">http://dhcs.ca.gov/hipp</a> Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Por correo electrónico: <a href="mailto:hipp@dhcs.ca.gov">hipp@dhcs.ca.gov</a></p>
<p><b>COLORADO – Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)</b></p> <p>Sitio web de Health First Colorado: <a href="https://www.healthfirstcolorado.com/es">https://www.healthfirstcolorado.com/es</a> Centro de atención al cliente de Health First Colorado: 1-800-221-3943/ retransmisor del estado: 711 CHP+: <a href="https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus">https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus</a> Atención al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/ retransmisor del estado: 711 Programa de compra de seguro de salud (HIBI, por sus siglas en inglés): <a href="https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/health-insurance-buy-program">https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/health-insurance-buy-program</a> Atención al cliente de HIBI: 1-855-692-6442</p>	<p><b>KENTUCKY – Medicaid</b></p> <p>Sitio web del Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP): <a href="https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx">https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx</a> Teléfono: 1-855-459-6328 Por correo electrónico: <a href="mailto:KIHIP.PPROGRAM@ky.gov">KIHIP.PPROGRAM@ky.gov</a></p> <p>Sitio web de KCHIP: <a href="https://kidshealth.ky.gov/es/Pages/default.aspx">https://kidshealth.ky.gov/es/Pages/default.aspx</a> Teléfono: 1-877-524-4718</p> <p>Sitio web de Medicaid de Kentucky: <a href="https://chfs.ky.gov/Pages/spanish.aspx">https://chfs.ky.gov/Pages/spanish.aspx</a></p>

<p align="center"><b>FLORIDA – Medicaid</b></p> <p>Sitio web:  <a href="https://www.flmedicaidtprecovery.com/flmedicaidtprecovery.com/hipp/index.html">https://www.flmedicaidtprecovery.com/flmedicaidtprecovery.com/hipp/index.html</a>  Teléfono: 1-877-357-3268</p>	<p align="center"><b>LOUISIANA – Medicaid</b></p> <p>Sitio web: <a href="http://www.medicaid.la.gov">www.medicaid.la.gov</a> o <a href="http://www.ldh.la.gov/la hipp">www.ldh.la.gov/la hipp</a>  Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)</p>
<p align="center"><b>GEORGIA – Medicaid</b></p> <p>Sitio web de GA HIPP:  <a href="https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp">https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp</a>  Teléfono: 678-564-1162, Presiona 1  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, Presiona 2</p>	<p align="center"><b>MAINE – Medicaid</b></p> <p>Sitio web por inscripción:  <a href="http://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms">http://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms</a>  Teléfono: 1-800-442-6003  TTY: Maine relay 711</p> <p>Página Web por primos de seguro de salud privado:  <a href="https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms">https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms</a>  Teléfono: 1-800-977-6740  TTY: Maine relay 711</p>
<p align="center"><b>INDIANA - Medicaid</b></p> <p>Healthy Indiana Plan para adultos de bajos ingresos 19-64  Sitio web: <a href="http://www.in.gov/fssa/hip/">http://www.in.gov/fssa/hip/</a>  Teléfono: 1-877-438-4479  Todos los demás Medicaid  Sitio web: <a href="https://www.in.gov/medicaid/">https://www.in.gov/medicaid/</a>  Teléfono: 1-800-457-4584</p>	<p align="center"><b>MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP</b></p> <p>Sitio web: <a href="https://www.mass.gov/masshealth/pa">https://www.mass.gov/masshealth/pa</a>  Teléfono: 1-800-862-4840  TTY: (617) 886-8102</p>
<p align="center"><b>IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)</b></p> <p>Sitio web de Medicaid: <a href="https://dhs.iowa.gov/ime/members">https://dhs.iowa.gov/ime/members</a>  Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366  Sitio web de Hawki: <a href="http://dhs.iowa.gov/Hawki">http://dhs.iowa.gov/Hawki</a>  Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563  Sitio web de HIPP;  <a href="https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp">https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp</a>  Teléfono de HIPAA: 1-888-346-9562</p>	<p align="center"><b>MINNESOTA – Medicaid</b></p> <p>Sitio web: <a href="https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp">https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp</a>  Teléfono: 1-800-657-3739</p>
<p align="center"><b>KANSAS – Medicaid</b></p> <p>Sitio web: <a href="https://www.kancare.ks.gov/">https://www.kancare.ks.gov/</a>  Teléfono: 1-800-792-4884</p>	<p align="center"><b>MISSOURI – Medicaid</b></p> <p>Sitio web:  <a href="https://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm">https://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm</a>  Teléfono: 573-751-2005</p>
<p align="center"><b>MONTANA – Medicaid</b></p> <p>Sitio web:  <a href="https://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP">https://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP</a>  Teléfono: 1-800-694-3084  Por correo electrónico: HSHIPPProgram@mt.gov</p>	<p align="center"><b>DAKOTA DEL SUR – Medicaid</b></p> <p>Sitio web: <a href="https://dss.sd.gov">https://dss.sd.gov</a>  Teléfono: 1-888-828-0059</p>
<p align="center"><b>NEBRASKA – Medicaid</b></p> <p>Sitio web: <a href="http://www.ACCESSNebraska.ne.gov">http://www.ACCESSNebraska.ne.gov</a>  Teléfono: 1-855-632-7633  Lincoln: 402-473-7000  Omaha: 402-595-1178</p>	<p align="center"><b>OKLAHOMA – Medicaid y CHIP</b></p> <p>Sitio web: <a href="http://www.insureoklahoma.org">http://www.insureoklahoma.org</a>  Teléfono: 1-888-365-3742</p>
<p align="center"><b>NEVADA – Medicaid</b></p> <p>Sitio web de Medicaid: <a href="http://dhcnp.nv.gov">http://dhcnp.nv.gov</a>  Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900</p>	<p align="center"><b>OREGON – Medicaid</b></p> <p>Sitio web:  <a href="https://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx">https://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx</a>  Teléfono: 1-800-699-9075</p>
<p align="center"><b>NUEVO HAMPSHIRE – Medicaid</b></p> <p>Sitio web: <a href="https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program">https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program</a>  Teléfono: 603-271-5218  Teléfono gratuito para el programa de HIPP: 1-800-852-3345, ext. 5218</p>	<p align="center"><b>PENSILVANIA – Medicaid</b></p> <p>Sitio web:  <a href="https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Program.aspx">https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Program.aspx</a>  Teléfono: 1-800-692-7462</p>

NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP	RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP
Sitio web de Medicaid: <a href="http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/">http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/</a> Teléfono de Medicaid: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: <a href="http://www.njfamilycare.org/index.html">http://www.njfamilycare.org/index.html</a> Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710	Sitio web: <a href="http://www.eohhs.ri.gov">http://www.eohhs.ri.gov</a> Teléfono: 1-855-697-4347 o 401-462-0311 (Direct RItte Share Line)
NUEVA YORK – Medicaid	TEXAS – Medicaid
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	Sitio web: <a href="http://pontehiptexas.com/">http://pontehiptexas.com/</a> Teléfono: 1-800-440-0493
CAROLINA DEL NORTE – Medicaid	UTAH – Medicaid y CHIP
Sitio web: <a href="https://medicaid.ncdhhs.gov">https://medicaid.ncdhhs.gov</a> Teléfono: 919-855-4100	Sitio web de Medicaid: <a href="https://medicaid.utah.gov/spanish-language">https://medicaid.utah.gov/spanish-language</a> Sitio web de CHIP: <a href="https://chip.health.utah.gov/espanol/">https://chip.health.utah.gov/espanol/</a> Teléfono: 1-877-543-7669
DAKOTA DEL NORTE – Medicaid	VERMONT– Medicaid
Sitio web: <a href="http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/">http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/</a> Teléfono: 1-844-854-4825	Sitio web: <a href="http://www.greenmountaincare.org/">http://www.greenmountaincare.org/</a> Teléfono: 1-800-250-8427
CAROLINA DEL SUR – Medicaid	VIRGINIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: <a href="https://www.scdhhs.gov">https://www.scdhhs.gov</a> Teléfono: 1-888-549-0820	Sitio web: <a href="https://www.coverva.org/es/famis-select">https://www.coverva.org/es/famis-select</a> <a href="https://www.coverva.org/es/hipp">https://www.coverva.org/es/hipp</a> Teléfono de Medicaid: 1-800-432-5924 Teléfono de CHIP: 1-800-432-5924
WASHINGTON – Medicaid	WISCONSIN – Medicaid y CHIP
Sitio web: <a href="http://www.hca.wa.gov">http://www.hca.wa.gov</a> Teléfono: 1-800-562-3022	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
WEST VIRGINIA – Medicaid	WYOMING – Medicaid
Sitio web: <a href="https://dhr.wv.gov/bms/">https://dhr.wv.gov/bms/</a> <a href="http://mywvhipp.com/">http://mywvhipp.com/</a> Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 Teléfono gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)	Sitio web: <a href="https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/">https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/</a> Teléfono: 1-800-251-1269

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

U.S. Department of Labor  
 (Departamento de Trabajo de los 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)

Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los 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

## Aviso anual de la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer

¿Sabe que su plan, conforme a lo exigido por la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998, ofrece beneficios para los servicios relacionados con la mastectomía, lo que incluye todas las etapas de reconstrucción y cirugía para lograr la simetría entre ambos senos, las prótesis y el tratamiento por complicaciones que resulten de una mastectomía, incluidos los linfedemas? Llame al administrador de su plan al **915-546-2218 ext 3283** para obtener más información.

# **Section II: Annual Notices and Forms that Apply to Some Employers or Plans**

## Divulgación del Programa de Bienestar (EEOC language updated) – *Applies to employers with wellness programs.*

### **Aviso de bienestar de HIPAA**

Su plan de salud se compromete a ayudarlo a lograr su mejor estado de salud. Se encuentran disponibles para todos los participantes premios por formar parte de un programa de bienestar. Si considera que no puede cumplir con un estándar para un premio de ese programa de bienestar, podría reunir los requisitos para obtener el mismo premio por otros medios. Comuníquese con Samuel Trujillo, Sr. Deputy HR Officer , al 500 E Overland, El Paso Texas, 79901, 915-546-2218 ext 3283, strujillo@epcounty.com y trabajaremos con usted (y, si lo desea, con su médico) para encontrar un programa de bienestar con el mismo premio que sea adecuado para usted en función de su salud, si es elegible para un estándar alternativo.

### **Aviso de bienestar de EEOC**

County Wellness Program es un programa de bienestar voluntario que está disponible para todos los empleados. El programa es administrado según las normas federales que permiten programas de bienestar patrocinados por el empleador que buscan mejorar la salud de los empleados o prevenir enfermedades, incluida la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades de 1990, la Ley contra la Discriminación por Información Genética de 2008 y la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos, según corresponda, entre otras. Si decide participar en el programa de bienestar, se le solicitará que complete una evaluación voluntaria de riesgos de salud o "HRA" que formula una serie de preguntas sobre sus actividades y comportamientos relacionados con la salud y si tiene o ha tenido ciertas enfermedades (p. ej., cáncer, diabetes o enfermedad cardíaca). No es necesario que complete la HRA.

Si decide participar en el programa de bienestar, se le solicitará que complete un examen biométrico, que incluirá un análisis de sangre para Total Cholesterol, HDL, Calculated LDL, Calculated Cholesterol, Triglycerides, Blood Glucose, Hemoglobin A1C. No es necesario que participe en el análisis de sangre ni en otros exámenes médicos.

Sin embargo, los empleados que decidan participar en el programa de bienestar recibirán un incentivo de Health Insurance Rate Discount and Gift Card por Complete a Health Risk Assessment by October 31st. Si bien no es necesario que participe, solamente los empleados que lo hagan recibirán el incentivo.

Los resultados de su examen se utilizarán para brindarle información que lo pueda ayudar a entender su estado de salud actual y los posibles riesgos, así como también se podrán utilizar para ofrecerle servicios a través del programa de bienestar, como por ejemplo Disease Management. Se le recomienda también que comparta sus resultados o inquietudes con su propio médico.

### *Protecciones de la divulgación de información médica*

La ley nos exige mantener la privacidad y seguridad de su información de salud de carácter personal. Aunque el programa de bienestar y El Condado de El Paso, Texas pueden utilizar información adicional que recopilan para diseñar un programa basado en los riesgos de salud identificados en el lugar de trabajo, County Wellness Program nunca divulgará ningún tipo de información personal, ya sea públicamente o al empleador, salvo que sea necesario para responder a su solicitud para una adaptación razonable que se requiere para participar en el programa de bienestar o según lo que permita expresamente la ley. La información médica que lo identifica personalmente y que se suministra en relación con el programa de bienestar no se proporcionará a sus supervisores ni gerentes, y nunca se utilizará para tomar decisiones sobre su empleo.

Su información de salud no se venderá, intercambiará, transferirá ni divulgará, salvo en la medida en que lo permita la ley, para realizar actividades específicas relacionadas con el programa de bienestar y no se le pedirá ni se le solicitará que renuncie a la confidencialidad de su información de salud como condición para participar en el programa de bienestar o para recibir un incentivo. Cualquier persona que reciba su información con el propósito de brindarle servicios como parte del programa de bienestar cumplirá con los mismos requisitos de confidencialidad. Los únicos individuos que recibirán su información de salud de carácter personal son Aetna's Medical Team para brindarle servicios conforme al programa de bienestar.

Además, toda la información médica que se obtenga a través del programa de bienestar se mantendrá separada de sus registros de personal; la información que se almacene en formato electrónico se encriptará y no se utilizará ninguna información que usted brinde como parte del programa de bienestar para tomar decisiones de empleo. The County will not be the holders of the medical record; therefore, County employees will not have access as an added layer of protection. The TPA Aetna will be the only holders of any medical record. Se tomarán las precauciones adecuadas para evitar cualquier filtración de datos y, en caso de que ocurra dicha filtración e involucre información que usted suministra en relación con el programa de bienestar, se lo notificaremos de inmediato.

Usted no será discriminado en el empleo debido a la información médica que proporcione como parte de su participación en el programa de bienestar ni será sometido a represalias si decide no participar.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre este aviso o sobre las protecciones contra la discriminación y las represalias, comuníquese con Samuel Trujillo, Sr. Deputy HR Officer al 500 E Overland, El Paso Texas, 79901, 915-546-2218 ext 3283, [strujillo@epcounty.com](mailto:strujillo@epcounty.com).

# **Section III: Notices and Forms that Apply Before, On, or Shortly After Initial Enrollment**

## Aviso sobre las opciones de cobertura del mercado – *Must be provided within 14 days of day of hire.*

# Nuevas opciones de cobertura en el mercado de seguros médicos y su cobertura médica

### PARTE A: Información general

Cuando entren en vigencia las partes clave de la ley de salud en el 2014, habrá una nueva forma de adquirir seguros médicos: a través del mercado de seguros médicos. A fin de ayudarlo mientras evalúa las opciones para usted y su familia, este aviso brinda información básica sobre el nuevo mercado y la cobertura médica basada en el empleo que brinda su empleador.

#### ¿Qué es el mercado de seguros médicos?

El mercado está diseñado para ayudarlo a encontrar un seguro médico que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El mercado ofrece opciones de compra en un solo sitio, para buscar y comparar opciones de seguros médicos privados. También es posible que sea elegible para un nuevo tipo de crédito tributario que reduce su prima mensual de inmediato. El periodo de inscripción para la cobertura de seguro médico a través del mercado comienza el 1.º de noviembre de 2022 para la cobertura que comienza el 1.º de enero de 2023.

#### ¿Puedo ahorrar dinero en las primas del seguro médico que ofrece el mercado?

Es posible que tenga la oportunidad de ahorrar dinero y reducir su prima mensual, pero solo si su empleador no ofrece cobertura médica u ofrece una cobertura que no cumple con determinadas normas. Los ahorros en la prima por la cual puede ser elegible dependen de los ingresos de su familia.

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

Sí. Si su empleador brinda cobertura médica que cumple con determinadas normas, no será elegible para un crédito tributario a través del mercado y es posible que desee inscribirse en el plan de salud de su empleador. No obstante, es posible que sea elegible para un crédito tributario que reduce la prima mensual o para una reducción en la cuota de los costos si su empleador no brinda cobertura o no brinda cobertura que cumple con determinadas normas. Si el costo del plan de su empleador que le brindaría cobertura a usted (y no, a los demás miembros de la familia) supera el 9.5 % del ingreso anual de su familia, o si la cobertura médica que brinda su empleador no cumple con la norma de "valor mínimo" establecida por la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act o ACA, por sus siglas en inglés), es posible que sea elegible para un crédito tributario.<sup>1</sup>

**Nota:** Si adquiere un plan de salud a través del mercado en lugar de aceptar la cobertura médica que brinda su empleador, es posible que pierda las contribuciones (si las hay) que el empleador da para la cobertura médica que brinda. Además, las contribuciones del empleador (así como sus las contribuciones como empleado para la cobertura médica que brinda el empleador) a menudo se excluyen del ingreso sujeto impuesto federal y estatal. Los pagos para la cobertura médica a través del mercado se realizan después de impuestos.

#### ¿Cómo puedo obtener más información?

Para obtener más información sobre la cobertura que brinda el empleador, consulte el resumen de la descripción del Plan o comuníquese con **Samuel Trujillo, Sr. Deputy HR Officer** al **500 E Overland, El Paso Texas, 79901, 915-546-2218 ext 3283**, **strujillo@epcounty.com**.

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

<sup>1</sup> Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con la "norma 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.

## Parte B: Información sobre la cobertura médica que brinda su empleador

Esta sección incluye información sobre la cobertura médica que brinda su empleador. Si decide completar una solicitud de cobertura médica en el mercado, deberá brindar esta información. Esta información está enumerada de forma tal que

3. Nombre del empleador El Condado de El Paso, Texas	4. Número de identificación del empleador (EIN, por sus siglas en inglés) 74-6000762
5. Dirección del empleador, 7. Ciudad, 8. Estado, 9. Código postal 500 E Overland, El Paso Texas, 79901	6. Número de teléfono del empleador 915-546-2218
10. ¿Con quién podemos comunicarnos en relación con la cobertura médica del empleado en este empleo? Samuel Trujillo, Sr. Deputy HR Officer	
11. Número de teléfono (si difiere del que figura arriba) 915-546-2218 ext 3283	12. Dirección de correo electrónico strujillo@epcounty.com

coincida con la solicitud del mercado.

A continuación, encontrará información básica sobre la cobertura médica que brinda este empleador:

- Como su empleador, ofrecemos un plan de salud para los siguientes:
  - Todos los empleados.
  - Algunos empleados. Los empleados elegibles son los siguientes:

**Full Time Regular Employees**

- En cuanto a los dependientes:
  - Sí ofrecemos cobertura médica. Los dependientes elegibles son los siguientes:  
**Spouse, Dependent Children, Plus One Qualified Dependent, Dependent of your Plus One Qualified Dependent. For retirees: your dependents that were enrolled on the Plan, as dependents, prior to your date of retirement**
  - No ofrecemos cobertura médica.
- Si marca esta opción, esta cobertura médica cumple con la norma de valor mínimo. Asimismo, el costo de la cobertura se pretende que sea asequible para usted según los salarios de los empleados.

*Incluso si el objetivo de su empleador es brindarle cobertura asequible, es posible que sea elegible para obtener un descuento en la prima a través del mercado. El mercado utilizará el ingreso de su grupo familiar, junto con otros factores, para determinar si es elegible para recibir un descuento en la prima. Si, por ejemplo, sus salarios varían de una semana a la otra (tal vez es un empleado por hora o trabaja con comisiones), si fue contratado recientemente a mitad de año o si tiene otras pérdidas de ingreso, aún así es posible que reúna los requisitos para recibir un descuento en la prima.*

Si decide adquirir cobertura a través del mercado, visite [CuidadoDeSalud.gov](http://CuidadoDeSalud.gov) para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo. Aquí encontrará la información del empleador que debe ingresar cuando visita [CuidadoDeSalud.gov](http://CuidadoDeSalud.gov) para saber si puede obtener un crédito tributario para reducir las primas mensuales.

## Aviso de derechos de inscripción especial – *Must be provided at or prior to initial enrollment.*

Si desea no inscribirse ni inscribir a sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a que cuenta con otro seguro de salud o cobertura de un plan de salud colectivo, puede inscribirse e inscribir a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de realizar las contribuciones a su otra cobertura o la de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los **Type Answer Here (in Spanish)** posteriores a la finalización de su otra cobertura o la de sus dependientes (o posteriores a la fecha en la que el empleador deja de realizar las contribuciones a la otra cobertura).

Además, si tiene un nuevo dependiente como consecuencia de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción, podrá inscribirse e inscribir a sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los **Type Answer Here (in Spanish)** posteriores al matrimonio, el nacimiento, la adopción o la colocación en adopción.

A partir del 1.º de abril de 2009, si tiene lugar alguno de los dos hechos que se describen a continuación, usted tendrá **Type Answer Here (in Spanish)**, contados a partir del hecho, para solicitar la inscripción en el plan de su empleador:

- Sus dependientes pierden la cobertura de Medicaid o CHIP porque dejaron de ser elegibles.
- Sus dependientes pasan a ser elegibles para recibir un subsidio del programa estatal de asistencia para el pago de primas.

Para hacer uso de sus derechos de inscripción especial, debe experimentar un hecho calificador y notificárselo oportunamente al empleador y presentar la solicitud de inscripción. **If Yes, describe process here (in Spanish).**

Para solicitar inscripción especial u obtener más información, comuníquese con **El Condado de El Paso, Texas**, Departamento de Recursos Humanos, al **915-546-2218**.

