

TO: Employees Eligible for Group Health Benefits under the
Weld County Government Group Health Plans

DATE: January 1, 2024

SUBJECT: Required Annual Notices for Group Health Plans

*****Important Information – Action May Be Required*****

To make sure that you have all the information you need to make informed decisions for you and your family, the law requires Weld County Government to provide you with notice of certain legal rights that you may have and legal obligations that apply to the Weld County Government Welfare Benefit Plan. These rights and obligations are described in more detail in the enclosed notices.

Contents

Women's Health and Cancer Rights Act (WHCRA) Notice	Page 2
Newborns' and Mother's Health Protection Act (NMHPA) Notice	Page 2
Medical Loss Ratio (MLR) Rule Notice	Page 2
Wellness Program Notice	Page 3
Notice of HIPAA Privacy Practices	Page 3
Notice of HIPAA Special Enrollment Rights	Page 6
New Health Insurance Marketplace Coverage Options and Your Health Coverage	Page 7
Important Notice about Your Prescription Drug Coverage and Medicare	Page 9
Premium Assistance Under Medicaid and the Children's Health Insurance Program (CHIP)	Page 11
Model General Notice of COBRA Continuation Coverage Rights	Page 15
Your Rights and Protections Against Surprise Medical Bills	Page 19

You should review these notices closely and keep them with other materials that you receive about benefits available under the Plan. If you have any questions about any of the legal rights and obligations described below or the Plan, you should write or call:

Staci Datteri-Frey, Benefits Manager
1150 O Street | Greeley, Colorado 80631
(970) 400-4265 | sfrey@co.weld.co.us

The following notices are not intended to be a description of the benefits offered under the Plan. For more information about specific benefits, refer to the Summary Plan Descriptions for the Plan, which are available by accessing PeopleSoft or contacting Human Resources.

*If you (and/or your dependents) have Medicare or will become eligible for Medicare in the next 12 months, a Federal law gives you more choices about your prescription drug coverage. Please see **page 9** for more details.*

Women's Health and Cancer Rights Act (WHCRA) Notice

Enrollment Notice

If you have had or are going to have a mastectomy, you may be entitled to certain benefits under the Women's Health and Cancer Rights Act of 1998 (WHCRA). For individuals receiving mastectomy-related benefits, coverage will be provided in a manner determined in consultation with the attending physician and the patient, for:

- All stages of reconstruction of the breast on which the mastectomy was performed;
- Surgery and reconstruction of the other breast to produce a symmetrical appearance;
- Prostheses; and
- Treatment of physical complications of the mastectomy, including lymphedema.

These benefits will be provided subject to the same deductibles and coinsurance applicable to other medical and surgical benefits provided under this plan. Therefore, the following deductibles and coinsurance apply:

- Aetna Standard Plan
- Aetna HRA Plan

If you would like more information on WHCRA benefits, contact your plan administrator:

Staci Datter-Frey
Benefits Manager
(970) 400-4265
sfrey@co.weld.co.us

Annual Notice

Do you know that your plan, as required by the Women's Health and Cancer Rights Act of 1998, provides benefits for mastectomy-related services including all stages of reconstruction and surgery to achieve symmetry between the breasts, prostheses, and complications resulting from a mastectomy, including lymphedema? Contact your plan administrator for more information.

Newborns' and Mother's Health Protection Act (NMHPA) Notice

Group health plans and health insurance issuers generally may not, under Federal law, restrict benefits for any hospital length of stay in connection with childbirth for the mother or newborn child to less than 48 hours following a vaginal delivery, or less than 96 hours following a cesarean section. However, Federal law generally does not prohibit the mother's or newborn's attending provider, after consulting with the mother, from discharging the mother or her newborn earlier than 48 hours (or 96 hours as applicable). In any case, plans and issuers may not, under Federal law, require that a provider obtain authorization from the plan or the insurance issuer for prescribing a length of stay not in excess of 48 hours (or 96 hours).

Medical Loss Ratio (MLR) Rule Notice

The Affordable Care Act requires health insurers in the individual and small group markets to spend at least 80 percent of the premiums they receive on health care services and activities to improve health care

quality (in the large group market of 51+ employees, this amount is 85 percent). This is referred to as the Medical Loss Ratio (MLR) rule or the 80/20 rule. If a health insurer does not spend at least 80 (85 for large groups) percent of the premiums it receives on health care services and activities to improve health care quality, the insurer must rebate the difference.

Wellness Program Notice

Reasonable Alternative Standard

Your health plan is committed to helping you achieve your best health. Rewards for participating in a wellness program are available to all employees. If you think you might be unable to meet a standard for a reward under this wellness program, you might qualify for an opportunity to earn the same reward by different means. Contact us at (970) 400-4265 and we will work with you (and, if you wish, with your doctor) to find a wellness program with the same reward that is right for you in light of your health status.

Notice of HIPAA Privacy Practices

This notice describes how medical information about you may be used and disclosed and how you can get access to this information. Please review it carefully.

This notice is intended to inform you of the privacy practices followed by the Weld County Government Health Plan and the Plan's legal obligations regarding your protected health information under the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA). The notice also explains the privacy rights you and your family members have as participants of the Plan. It is effective on 01/01/2024.

The Plan often needs access to your protected health information in order to provide payment for health services and perform plan administrative functions. We want to assure the plan participants covered under the Plan that we comply with federal privacy laws and respect your right to privacy. Weld County Government requires all members of our workforce and third parties that are provided access to protected health information to comply with the privacy practices outlined below.

Protected Health Information

Your protected health information is protected by the HIPAA Privacy Rule. Generally, protected health information is information that identifies an individual created or received by a health care provider, health plan or an employer on behalf of a group health plan that relates to physical or mental health conditions, provision of health care, or payment for health care, whether past, present or future.

How We May Use Your Protected Health Information

Under the HIPAA Privacy Rule, we may use or disclose your protected health information for certain purposes without your permission. This section describes the ways we can use and disclose your protected health information.

Payment. We use or disclose your protected health information without your written authorization in order to determine eligibility for benefits, seek reimbursement from a third party, or coordinate benefits with another health plan under which you are covered. For example, a health care provider that provided treatment to you will provide us with your health information. We use that information in order to determine whether those services are eligible for payment under our group health plan.

Health Care Operations. We use and disclose your protected health information in order to perform plan

administration functions such as quality assurance activities, resolution of internal grievances, and evaluating plan performance. For example, we review claims experience in order to understand participant utilization and to make plan design changes that are intended to control health care costs.

Treatment. Although the law allows use and disclosure of your protected health information for purposes of treatment, as a health plan we generally do not need to disclose your information for treatment purposes. Your physician or health care provider is required to provide you with an explanation of how they use and share your health information for purposes of treatment, payment, and health care operations.

As permitted or required by law. We may also use or disclose your protected health information without your written authorization for other reasons as permitted by law. We are permitted by law to share information, subject to certain requirements, in order to communicate information on health-related benefits or services that may be of interest to you, respond to a court order, or provide information to further public health activities (e.g., preventing the spread of disease) without your written authorization. We are also permitted to share protected health information during a corporate restructuring such as a merger, sale, or acquisition. We will also disclose health information about you when required by law, for example, in order to prevent serious harm to you or others.

Pursuant to Your Authorization. When required by law, we will ask for your written authorization before using or disclosing your protected health information. If you choose to sign an authorization to disclose information, you can later revoke that authorization to prevent any future uses or disclosures.

To Business Associates. We may enter into contracts with entities known as Business Associates that provide services to or perform functions on behalf of the Plan. We may disclose protected health information to Business Associates once they have agreed in writing to safeguard the protected health information. For example, we may disclose your protected health information to a Business Associate to administer claims. Business Associates are also required by law to protect protected health information.

To the Plan Sponsor. We may disclose protected health information to certain employees of Weld County Government for the purpose of administering the Plan. These employees will use or disclose the protected health information only as necessary to perform plan administration functions or as otherwise required by HIPAA, unless you have authorized additional disclosures. Your protected health information cannot be used for employment purposes without your specific authorization.

Your Rights

Right to Inspect and Copy. In most cases, you have the right to inspect and copy the protected health information we maintain about you. If you request copies, we will charge you a reasonable fee to cover the costs of copying, mailing, or other expenses associated with your request. Your request to inspect or review your health information must be submitted in writing to the person listed below. In some circumstances, we may deny your request to inspect and copy your health information. To the extent your information is held in an electronic health record, you may be able to receive the information in an electronic format.

Right to Amend. If you believe that information within your records is incorrect or if important information is missing, you have the right to request that we correct the existing information or add the missing information. Your request to amend your health information must be submitted in writing to the person listed below. In some circumstances, we may deny your request to amend your health information. If we

deny your request, you may file a statement of disagreement with us for inclusion in any future disclosures of the disputed information.

Right to an Accounting of Disclosures. You have the right to receive an accounting of certain disclosures of your protected health information. The accounting will not include disclosures that were made (1) for purposes of treatment, payment or health care operations; (2) to you; (3) pursuant to your authorization; (4) to your friends or family in your presence or because of an emergency; (5) for national security purposes; or (6) incidental to otherwise permissible disclosures.

Your request for an accounting must be submitted in writing to the person listed below. You may request an accounting of disclosures made within the last six years. You may request one accounting free of charge within a 12-month period.

Right to Request Restrictions. You have the right to request that we not use or disclose information for treatment, payment, or other administrative purposes except when specifically authorized by you, when required by law, or in emergency circumstances. You also have the right to request that we limit the protected health information that we disclose to someone involved in your care or the payment for your care, such as a family member or friend.

Your request for restrictions must be submitted in writing to the person listed below. We will consider your request, but in most cases are not legally obligated to agree to those restrictions. However, we will comply with any restriction request if the disclosure is to a health plan for purposes of payment or health care operations (not for treatment) and the protected health information pertains solely to a health care item or service that has been paid for out-of-pocket and in full.

Right to Request Confidential Communications. You have the right to receive confidential communications containing your health information. Your request for restrictions must be submitted in writing to the person listed below. We are required to accommodate reasonable requests. For example, you may ask that we contact you at your place of employment or send communications regarding treatment to an alternate address.

Right to be Notified of a Breach. You have the right to be notified in the event that we (or one of our Business Associates) discover a breach of your unsecured protected health information. Notice of any such breach will be made in accordance with federal requirements.

Right to Receive a Paper Copy of this Notice. If you have agreed to accept this notice electronically, you also have a right to obtain a paper copy of this notice from us upon request. To obtain a paper copy of this notice, please contact the person listed below.

Our Legal Responsibilities. We are required by law to protect the privacy of your protected health information, provide you with certain rights with respect to your protected health information, provide you with this notice about our privacy practices, and follow the information practices that are described in this notice.

We may change our policies at any time. In the event that we make a significant change in our policies, we will provide you with a revised copy of this notice. You can also request a copy of our notice at any time. For more information about our privacy practices, contact the person listed below.

If you have any questions or complaints, please contact:

Staci Datteri-Frey
Benefits Manager
(970) 400-4265
sfrey@co.weld.co.us

Complaints

If you are concerned that we have violated your privacy rights, or you disagree with a decision we made about access to your records, you may contact the person listed above. You also may send a written complaint to the U.S. Department of Health and Human Services — Office of Civil Rights. The person listed above can provide you with the appropriate address upon request or you may visit

www.hhs.gov/ocr for further information. You will not be penalized or retaliated against for filing a complaint with the Office of Civil Rights or with us.

Notice of HIPAA Special Enrollment Rights

This notice is being provided to ensure that you understand your right to apply for group health insurance coverage. You should read this notice even if you plan to waive coverage at this time.

Loss of Other Coverage

If you are declining coverage for yourself or your dependents (including your spouse) because of other health insurance or group health plan coverage, you may be able to enroll yourself and your dependents in this plan if you or your dependents lose eligibility for that other coverage (or if the employer stops contributing toward your or your dependents' other coverage). However, you must request enrollment within 30 days after your or your dependents' other coverage ends (or after the employer stops contributing toward the other coverage).

In addition, if you have a new dependent as a result of marriage, birth, adoption, or placement for adoption, you may be able to enroll yourself and your dependents. However, you must request enrollment within 30 days after the marriage, birth, adoption, or placement for adoption.

Medicaid or CHIP

If you or your dependents lose eligibility for coverage under Medicaid or the Children's Health Insurance Program (CHIP) or become eligible for a premium assistance subsidy under Medicaid or CHIP, you may be able to enroll yourself and your dependents. You must request enrollment within 60 days of the loss of Medicaid or CHIP coverage or the determination of eligibility for a premium assistance subsidy.

To request special enrollment or obtain more information, please contact:

Staci Datteri-Frey
Benefits Manager
(970) 400-4265
sfrey@co.weld.co.us

New Health Insurance Marketplace Coverage Options and Your Health Coverage

General Information

Now that key parts of the health care law have taken effect, there is a new way to buy health insurance: The Health Insurance Marketplace. To assist you as you evaluate options for you and your family, this notice provides some basic information about the new Marketplace and employment-based health coverage offered by your employer.

What is the Health Insurance Marketplace?

The Marketplace is designed to help you find health insurance that meets your needs and fits your budget. The Marketplace offers “one-stop shopping” to find and compare private health insurance options. You may also be eligible for a new kind of tax credit that lowers your monthly premium right away. Open enrollment for health insurance coverage through the Marketplace occurs annually from November 1st through December 15th for coverage beginning on January 1st.

Can I Save Money on my Health Insurance Premiums in the Marketplace?

You may qualify to save money and lower your monthly premium, but only if your employer does not offer coverage, or offers coverage that doesn’t meet certain standards. The savings on your premium that you’re eligible for depends on your household income.

Does Employer Health Coverage Affect Eligibility for Premium Savings through the Marketplace?

Yes. If you have an offer of health coverage from your employer that meets certain standards, you will not be eligible for a tax credit through the Marketplace and may wish to enroll in your employer’s health plan. However, you may be eligible for a tax credit that lowers your monthly premium, or a reduction in certain cost-sharing if your employer does not offer coverage to you at all or does not offer coverage that meets certain standards. If the cost of a plan from your employer that would cover you (and not any other members of your family) is more than a specified percentage of your income, or if the coverage your employer provides does not meet the “minimum value” standard set by the Affordable Care Act, you may be eligible for a tax credit.* During 2022 the affordability percentage was 9.61 %, in 2023 it is 9.12 %. 2024 is TBD.

If you work full-time and are eligible for coverage under your employer’s health plan, the plan satisfies the minimum value standard, and the cost is intended to be affordable based on employee wages.

If you purchase a health plan through the Marketplace instead of accepting health coverage offered by your employer, then you may lose the employer contribution (if any) to the employer-offered coverage. Also, this employer contribution – as well as your employee contribution to employer-offered coverage – is often excluded from income for Federal and State income tax purposes. Your payments for coverage through the Marketplace are made on an after-tax basis.

How Can I Get More Information?

For more information about your coverage offered by your employer, please check your Summary Plan Description or contact your Human Resource department at:

Staci Datteri-Frey
Benefits Manager
(970) 400-4265
sfrey@co.weld.co.us

The Marketplace can help you evaluate your coverage options, including your eligibility for coverage through the Marketplace and its costs. Please visit **www.healthcare.gov** for more information, including an online application for health insurance coverage and contact information for a Health Insurance Marketplace in your area.

*A health plan provides “minimum value” if the plan’s share of the total allowed benefit costs covered by the plan is at least 60% of such costs.

CREDITABLE COVERAGE – Aetna Standard Plan, Aetna HRA Plan

Important Notice about Your Prescription Drug Coverage and Medicare

Please read this notice carefully and keep it where you can find it. This notice has information about your current prescription drug coverage with Weld County Government and about your options under Medicare's prescription drug coverage. This information can help you decide whether or not you want to join a Medicare drug plan.

If you are considering joining, you should compare your current coverage, including which drugs are covered at what cost, with the coverage and costs of the plans offering Medicare prescription drug coverage in your area. Information about where you can get help to make decisions about your prescription drug coverage is at the end of this notice.

There are two important things you need to know about your current coverage and Medicare's prescription drug coverage:

1. Medicare prescription drug coverage became available in 2006 to everyone with Medicare. You can get this coverage if you join a Medicare Prescription Drug Plan or join a Medicare Advantage Plan (like an HMO or PPO) that offers prescription drug coverage. All Medicare drug plans provide at least a standard level of coverage set by Medicare. Some plans may also offer more coverage for a higher monthly premium.
2. Weld County Government has determined that the prescription drug coverage offered by the Weld County Government Welfare Benefit Plan is, on average for all plan participants, expected to pay out as much as standard Medicare prescription drug coverage pays and is therefore considered Creditable Coverage. Because your existing coverage is Creditable Coverage, you can keep this coverage and not pay a higher premium (a penalty) if you later decide to join a Medicare drug plan.

When Can You Join A Medicare Drug Plan?

You can join a Medicare drug plan when you first become eligible for Medicare and each year from October 15th to December 7th.

However, if you lose your current creditable prescription drug coverage, through no fault of your own, you will also be eligible for a two (2) month Special Enrollment Period (SEP) to join a Medicare drug plan.

What Happens To Your Current Coverage If You Decide to Join A Medicare Drug Plan?

If you decide to join a Medicare drug plan, your current Weld County Government coverage may be affected. If you do decide to join a Medicare drug plan and drop your current Weld County Government coverage, be aware that you and your dependents will not be able to get this coverage back until the next open enrollment period.

When Will You Pay A Higher Premium (Penalty) To Join A Medicare Drug Plan?

You should also know that if you drop or lose your current Weld County Government coverage and don't join a Medicare drug plan within 63 continuous days after your current coverage ends, you may pay a higher premium (a penalty) to join a Medicare drug plan later.

If you go 63 continuous days or longer without creditable prescription drug coverage, your monthly premium may go up by at least 1 % of the Medicare base beneficiary premium per month for every month that you did not have that coverage.

For example, if you go nineteen months without creditable coverage, your premium may consistently be at least 19% higher than the Medicare base beneficiary premium. You may have to pay this higher premium (a penalty) as long as you have Medicare prescription drug coverage. In addition, you may have to wait until the following October to join.

For More Information About This Notice Or Your Current Prescription Drug Coverage...

Contact the person listed below for further information. NOTE: You'll get this notice each year. You will also get it before the next period you can join a Medicare drug plan, and if this coverage through Weld County Government changes. You also may request a copy of this notice at any time.

For More Information About Your Options Under Medicare Prescription Drug Coverage...

More detailed information about Medicare plans that offer prescription drug coverage is in the "Medicare & You" handbook. You'll get a copy of the handbook in the mail every year you are eligible from Medicare. You may also be contacted directly by Medicare drug plans.

For more information about Medicare prescription drug coverage:

- Visit **www.medicare.gov**.
- Call your State Health Insurance Assistance Program (see the inside back cover of your copy of the "Medicare & You" handbook for their telephone number) for personalized help.
- Call **1-800-MEDICARE** (1-800-633-4227). TTY users should call 1-877-486-2048.

If you have limited income and resources, extra help paying for Medicare prescription drug coverage is available. For information about this extra help, visit Social Security on the web at **www.socialsecurity.gov**, or call them at **1-800-772-1213** (TTY 1-800-325-0778).

Remember: Keep this Creditable Coverage notice. *If you decide to join one of the Medicare drug plans, you may be required to provide a copy of this notice when you join to show whether or not you have maintained creditable coverage and, therefore, whether or not you are required to pay a higher premium (a penalty).*

Date:	September 28, 2023
Name of Entity/Sender:	Weld County Government
Contact - Position/Office:	Staci Datter-Frey, Benefits Manager
Address:	1150 O Street Greeley, Colorado 80631
Phone Number:	(970) 400-4265

Premium Assistance Under Medicaid and the Children’s Health Insurance Program (CHIP)

If you or your children are eligible for Medicaid or CHIP and you’re eligible for health coverage from your employer, your state may have a premium assistance program that can help pay for coverage, using funds from their Medicaid or CHIP programs. If you or your children aren’t eligible for Medicaid or CHIP, you won’t be eligible for these premium assistance programs but you may be able to buy individual insurance coverage through the Health Insurance Marketplace. For more information, visit **www.healthcare.gov**.

If you or your dependents are already enrolled in Medicaid or CHIP and you live in a State listed below, contact your State Medicaid or CHIP office to find out if premium assistance is available.

If you or your dependents are NOT currently enrolled in Medicaid or CHIP, and you think you or any of your dependents might be eligible for either of these programs, contact your State Medicaid or CHIP office or dial **1-877-KIDS NOW** or **www.insurekidsnow.gov** to find out how to apply. If you qualify, ask your state if it has a program that might help you pay the premiums for an employer-sponsored plan.

If you or your dependents are eligible for premium assistance under Medicaid or CHIP, as well as eligible under your employer plan, your employer must allow you to enroll in your employer plan if you aren’t already enrolled. This is called a “special enrollment” opportunity, and **you must request coverage within 60 days of being determined eligible for premium assistance**.

If you have questions about enrolling in your employer plan, contact the Department of Labor at **www.askebsa.dol.gov** or call **1-866-444-EBSA (3272)**.

If you live in one of the following states, you may be eligible for assistance paying your employer health plan premiums. The following list of states is current as of July 31, 2023. Contact your State for more information on eligibility –

List begins on next page.

ALABAMA – Medicaid	CALIFORNIA – Medicaid
Website: www.myalhipp.com Phone: 1-855-692-5447	Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Website: www.dhcs.ca.gov/hipp Phone: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Email: hipp@dhcs.ca.gov
ALASKA – Medicaid	COLORADO – Health First Colorado (Colorado's Medicaid Program) & Child Health Plan Plus (CHP+)
The AK Health Insurance Premium Payment Program Website: www.myakhipp.com Phone: 1-866-251-4861 Email: CustomerService@MyAKHIPP.com Medicaid Eligibility: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx	Health First Colorado Website: www.healthfirstcolorado.com HFC Member Contact Center: 1-800-221-3943 / State Relay 711 CHP+ Website: https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus CHP + Customer Service: 1-800-359-1991 / State Relay 711 Health Insurance Buy-In Program (HIBI): www.mycohibi.com HIBI Customer Service: 1-855-692-6442
ARKANSAS – Medicaid	FLORIDA – Medicaid
Website: www.myarhipp.com Phone: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Website: www.flmedicaidtprecovery.com/ flmedicaidtprecovery.com/hipp Phone: 1-877-357-3268
GEORGIA – Medicaid	MAINE – Medicaid
GA HIPP Website: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Phone: 678-564-1162, Press 1 GA CHIPRA Website: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Phone: (678) 564-1162, Press 2	Enrollment Website: www.mymaineconnection.gov Phone: 1-800-442-6003 TTY: Maine relay 711 Private Health Insurance Premium Webpage: www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Phone: 1-800-977-6740 TTY: Maine relay 711
INDIANA – Medicaid	MASSACHUSETTS – Medicaid and CHIP
Healthy Indiana Plan for low-income adults ages 19-64 Website: www.in.gov/fssa/hip Phone: 1-877-438-4479 All other Medicaid Website: www.in.gov/medicaid Phone: 1-800-457-4584	Website: www.mass.gov/masshealth/pa Phone: 1-800-862-4840 TTY: 711 Email: masspremassistance@accenture.com
IOWA – Medicaid and CHIP (Hawki)	MINNESOTA – Medicaid
Medicaid Website: https://dhs.iowa.gov/ime/members Medicaid Phone: 1-800-338-8366 Hawki Website: https://dhs.iowa.gov/hawki Hawki Phone: 1-800-257-8563 HIPP Website: https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp HIPP Phone: 1-888-346-9562	Website: www.mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp Phone: 1-800-657-3739
KANSAS – Medicaid	MISSOURI – Medicaid
Website: www.kdheks.gov/hcf/default.htm Phone: 1-800-792-4884 HIPP Phone: 1-800-967-4660	Website: www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Phone: 573-751-2005
KENTUCKY – Medicaid	MONTANA – Medicaid
Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP) Website: https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/pages/kihipp.aspx Phone: 1-855-459-6328 Email: kihipp.program@ky.gov KCHIP Website: https://kidshealth.ky.gov/pages/index.aspx Phone: 1-877-524-4718 Kentucky Medicaid Website: https://chfs.ky.gov	Website: www.dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Phone: 1-800-694-3084 Email: HSHIPPProgram@mt.gov

LOUISIANA – Medicaid	NEBRASKA – Medicaid
Website: www.medicaid.la.gov or www.ldh.la.gov/la hipp Phone: 1-888-342-6207 (Medicaid hotline) or 1-855-618-5488 (LaHIPP)	Website: www.ACCESSNebraska.ne.gov Phone: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178
NEVADA - Medicaid	SOUTH CAROLINA - Medicaid
Medicaid Website: www.dhcfp.nv.gov Medicaid Phone: 1-800-992-0900	Website: www.scdhhs.gov Phone: 1-888-549-0820
NEW HAMPSHIRE – Medicaid	SOUTH DAKOTA - Medicaid
Website: www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Phone: 603-271-5218 HIPP toll free number: 1-800-852-3345, ext 5218	Website: www.dss.sd.gov Phone: 1-888-828-0059
NEW JERSEY – Medicaid and CHIP	TEXAS – Medicaid
Medicaid Website: www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid Medicaid Phone: 609-631-2392 CHIP Website: www.njfamilycare.org/index.html CHIP Phone: 1-800-701-0710	Website: www.hhs.texas.gov/services/financial/health-insurance-premium-payment-hipp-program Phone: 1-800-440-0493
NEW YORK – Medicaid	UTAH – Medicaid and CHIP
Website: www.health.ny.gov/health_care/medicaid Phone: 1-800-541-2831	Medicaid Website: www.medicaid.utah.gov CHIP Website: www.health.utah.gov/chip Phone: 1-877-543-7669
NORTH CAROLINA – Medicaid	VERMONT– Medicaid
Website: www.medicaid.ncdhhs.gov Phone: 919-855-4100	Website: www.dvha.vermont.gov/members/medicaid/hipp-program Phone: 1-800-250-8427
NORTH DAKOTA – Medicaid	VIRGINIA – Medicaid and CHIP
Website: www.hhs.nd.gov/healthcare Phone: 1-844-854-4825	Website: www.coverva.org/en/famis-select or www.coverva.org/en/hipp Medicaid/CHIP Phone: 1-800-432-5924
OKLAHOMA – Medicaid and CHIP	WASHINGTON – Medicaid
Website: www.insureoklahoma.org Phone: 1-888-365-3742	Website: www.hca.wa.gov Phone: 1-800-562-3022
OREGON – Medicaid	WEST VIRGINIA – Medicaid and CHIP
Website: www.healthcare.oregon.gov/pages/index.aspx Phone: 1-800-699-9075	Website: www.dhhr.wv.gov/bms or www.mywvhipp.com Medicaid Phone: 304-558-1700 CHIP Toll-free phone: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)
PENNSYLVANIA – Medicaid and CHIP	WISCONSIN – Medicaid and CHIP
Website: www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Program.aspx Phone: 1-800-692-7462 CHIP Website: www.dhs.pa.gov/CHIP/Pages/CHIP.aspx CHIP Phone: 1-800-986-KIDS (5437)	Website: www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Phone: 1-800-362-3002
RHODE ISLAND – Medicaid and CHIP	WYOMING – Medicaid
Website: www.eohhs.ri.gov Phone: 1-855-697-4347 Direct Rlte Share Line: 401-462-0311	Website: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility Phone: 1-800-251-1269

To see if any other states have added a premium assistance program since July 31, 2023, or for more information on special enrollment rights, contact either:

U.S. Department of Labor
Employee Benefits Security Administration
www.dol.gov/agencies/ebsa
1-866-444-EBSA (3272)

U.S. Department of Health and Human Services
Centers for Medicare & Medicaid Services
www.cms.hhs.gov
1-877-267-2323, Menu Option 4, Ext. 61565

Paperwork Reduction Act Statement

According to the Paperwork Reduction Act of 1995 (Pub. L. 104-13) (PRA), no persons are required to respond to a collection of information unless such collection displays a valid Office of Management and Budget (OMB) control number. The Department notes that a Federal agency cannot conduct or sponsor a collection of information unless it is approved by OMB under the PRA, and displays a currently valid OMB control number, and the public is not required to respond to a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. See 44 U.S.C. 3507. Also, notwithstanding any other provisions of law, no person shall be subject to penalty for failing to comply with a collection of information if the collection of information does not display a currently valid OMB control number. See 44 U.S.C. 3512.

The public reporting burden for this collection of information is estimated to average approximately seven minutes per respondent. Interested parties are encouraged to send comments regarding the burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden, to the 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 or email **ebsa.opr@dol.gov** and reference the OMB Control Number 1210-0137.

OMB Control Number 1210-0137 (Expires 1/31/2026)

Model General Notice of COBRA Continuation Coverage Rights

Continuation Coverage Rights Under COBRA

Introduction

You're getting this notice in case, once enrolled, your coverage under a group health plan (the Plan) ends due to a qualifying life event (described later). This notice has important information about your right to COBRA continuation coverage, which is a temporary extension of coverage under the Plan. **This notice explains COBRA continuation coverage, when it may become available to you and your family, and what you need to do to protect your right to get it.** When you become eligible for COBRA, you may also become eligible for other coverage options that may cost less than COBRA continuation coverage.

The right to COBRA continuation coverage was created by a federal law, the Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act of 1985 (COBRA). COBRA continuation coverage can become available to you and other members of your family when group health coverage would otherwise end. For more information about your rights and obligations under the Plan and under federal law, you should review the Plan's Summary Plan Description or contact the Plan Administrator.

You may have other options available to you when you lose group health coverage. For example, you may be eligible to buy an individual plan through the Health Insurance Marketplace. By enrolling in coverage through the Marketplace, you may qualify for lower costs on your monthly premiums and lower out-of-pocket costs. Additionally, you may qualify for a 30-day special enrollment period for another group health plan for which you are eligible (such as a spouse's plan), even if that plan generally doesn't accept late enrollees.

What is COBRA continuation coverage?

COBRA continuation coverage is a continuation of Plan coverage when it would otherwise end because of a life event. This is also called a "qualifying event." Specific qualifying events are listed later in this notice. After a qualifying event, COBRA continuation coverage must be offered to each person who is a "qualified beneficiary." You, your spouse, and your dependent children could become qualified beneficiaries if coverage under the Plan is lost because of the qualifying event. Under the Plan, qualified beneficiaries who elect COBRA continuation coverage may be required to pay for COBRA continuation coverage.

If you're an employee, you'll become a qualified beneficiary if you lose your coverage under the Plan because of the following qualifying events:

- Your hours of employment are reduced, or
- Your employment ends for any reason other than your gross misconduct.

If you're the spouse of an employee, you'll become a qualified beneficiary if you lose your coverage under the Plan because of the following qualifying events:

- Your spouse dies;
- Your spouse's hours of employment are reduced;
- Your spouse's employment ends for any reason other than his or her gross misconduct;
- Your spouse becomes entitled to Medicare benefits (under Part A, Part B, or both); or
- You become divorced or legally separated from your spouse.

Your dependent children will become qualified beneficiaries if they lose coverage under the Plan because of the following qualifying events:

- The parent-employee dies;
- The parent-employee's hours of employment are reduced;
- The parent-employee's employment ends for any reason other than his or her gross misconduct;
- The parent-employee becomes entitled to Medicare benefits (Part A, Part B, or both);
- The parents become divorced or legally separated; or
- The child stops being eligible for coverage under the Plan as a "dependent child."

When is COBRA continuation coverage available?

The Plan will offer COBRA continuation coverage to qualified beneficiaries only after the Plan Administrator has been notified that a qualifying event has occurred. The employer must notify the Plan Administrator of the following qualifying events:

- The end of employment or reduction of hours of employment;
- Death of the employee; or
- The employee's becoming entitled to Medicare benefits (under Part A, Part B, or both).

For all other qualifying events (divorce or legal separation of the employee and spouse or a dependent child's losing eligibility for coverage as a dependent child), you must notify the Plan Administrator within 60 days after the qualifying event occurs. You must provide this notice to:

Staci Datter-Frey
Benefits Manager
(970) 400-4265
sfrey@co.weld.co.us

How is COBRA continuation coverage provided?

Once the Plan Administrator receives notice that a qualifying event has occurred, COBRA continuation coverage will be offered to each of the qualified beneficiaries. Each qualified beneficiary will have an independent right to elect COBRA continuation coverage. Covered employees may elect COBRA continuation coverage on behalf of their spouses, and parents may elect COBRA continuation coverage on behalf of their children.

COBRA continuation coverage is a temporary continuation of coverage that generally lasts for 18 months due to employment termination or reduction of hours of work. Certain qualifying events, or a second qualifying event during the initial period of coverage, may permit a beneficiary to receive a maximum of 36 months of coverage.

There are also ways in which this 18-month period of COBRA continuation coverage can be extended:

Disability extension of 18-month period of COBRA continuation coverage

If you or anyone in your family covered under the Plan is determined by Social Security to be disabled and you notify the Plan Administrator in a timely fashion, you and your entire family may be entitled to get up to an additional 11 months of COBRA continuation coverage, for a maximum of 29 months. The disability

would have to have started at some time before the 60th day of COBRA continuation coverage and must last at least until the end of the 18-month period of COBRA continuation coverage. You must provide this notice to:

Staci Datter-Frey
Benefits Manager
(970) 400-4265
sfrey@co.weld.co.us

Second qualifying event extension of 18-month period of continuation coverage

If your family experiences another qualifying event during the 18 months of COBRA continuation coverage, the spouse and dependent children in your family can get up to 18 additional months of COBRA continuation coverage, for a maximum of 36 months, if the Plan is properly notified about the second qualifying event. This extension may be available to the spouse and any dependent children getting COBRA continuation coverage if the employee or former employee dies; becomes entitled to Medicare benefits (under Part A, Part B, or both); gets divorced or legally separated; or if the dependent child stops being eligible under the Plan as a dependent child. This extension is only available if the second qualifying event would have caused the spouse or dependent child to lose coverage under the Plan had the first qualifying event not occurred.

Are there other coverage options besides COBRA Continuation Coverage?

Yes. Instead of enrolling in COBRA continuation coverage, there may be other coverage options for you and your family through the Health Insurance Marketplace, Medicare, Medicaid, Children's Health Insurance Program (CHIP), or other group health plan coverage options (such as a spouse's plan) through what is called a "special enrollment period." Some of these options may cost less than COBRA continuation coverage. You can learn more about many of these options at www.healthcare.gov.

Can I enroll in Medicare instead of COBRA continuation coverage after my group health plan coverage ends?

In general, if you don't enroll in Medicare Part A or B when you are first eligible because you are still employed, after the Medicare initial enrollment period, you have an 8-month special enrollment period* to sign up for Medicare Part A or B, beginning on the earlier of

- The month after your employment ends; or
- The month after group health plan coverage based on current employment ends.

*For more information on the 8-month special enrollment period visit:

www.medicare.gov/sign-up-change-plans/how-do-i-get-parts-a-b/part-a-part-b-sign-up-periods

If you don't enroll in Medicare and elect COBRA continuation coverage instead, you may have to pay a Part B late enrollment penalty and you may have a gap in coverage if you decide you want Part B later. If you elect COBRA continuation coverage and later enroll in Medicare Part A or B before the COBRA continuation coverage ends, the Plan may terminate your continuation coverage. However, if Medicare Part A or B is effective on or before the date of the COBRA election, COBRA coverage may not be discontinued on account of Medicare entitlement, even if you enroll in the other part of Medicare after the date of the election of COBRA coverage.

If you are enrolled in both COBRA continuation coverage and Medicare, Medicare will generally pay first (primary payer) and COBRA continuation coverage will pay second. Certain plans may pay as if secondary to Medicare, even if you are not enrolled in Medicare.

For more information visit www.medicare.gov/medicare-and-you.

If you have questions

Questions concerning your Plan or your COBRA continuation coverage rights should be addressed to the contact or contacts identified below. For more information about your rights under the Employee Retirement Income Security Act (ERISA), including COBRA, the Patient Protection and Affordable Care Act, and other laws affecting group health plans, contact the nearest Regional or District Office of the U.S. Department of Labor's Employee Benefits Security Administration (EBSA) in your area or visit www.dol.gov/ebsa. (Addresses and phone numbers of Regional and District EBSA Offices are available through EBSA's website.) For more information about the Marketplace, visit www.healthcare.gov.

Keep your Plan informed of address changes

To protect your family's rights, let the Plan Administrator know about any changes in the addresses of family members. You should also keep a copy, for your records, of any notices you send to the Plan Administrator.

Plan contact information

To obtain more information about the Plan and COBRA continuation coverage upon request, contact the following person:

Staci Datter-Frey
Benefits Manager
(970) 400-4265
sfrey@co.weld.co.us

Your Rights and Protections Against Surprise Medical Bills

When you get emergency care or get treated by an out-of-network provider at an in-network hospital or ambulatory surgical center, you are protected from surprise billing or balance billing. In these cases, you shouldn't be charged more than your plan's copayments, coinsurance and/or deductible.

What is “balance billing” (sometimes called “surprise billing”)?

When you see a doctor or other health care provider, you may owe certain out-of-pocket costs, such as a copayment, coinsurance, or deductible. You may have other costs or have to pay the entire bill if you see a provider or visit a health care facility that isn't in your health plan's network.

“Out-of-network” means providers and facilities that haven't signed a contract with your health plan to provide services. Out-of-network providers may be permitted to bill you for the difference between what your plan agreed to pay and the full amount charged for a service. This is called “**balance billing**.” This amount is likely more than in-network costs for the same service and might not count toward your plan's deductible annual out-of-pocket limit.

“Surprise billing” is an unexpected balance bill. This can happen when you can't control who is involved in your care—like when you have an emergency or when you schedule a visit at an in-network facility but are unexpectedly treated by an out-of-network provider. Surprise medical bills could cost thousands of dollars depending on the procedure or service.

You're protected from balance billing for:

Emergency Services

If you have an emergency medical condition and get emergency services from an out-of-network provider or facility, the most they can bill you is your plan's in-network cost-sharing amount (such as copayments, coinsurance, and deductibles). You **can't** be balance billed for these emergency services. This includes services you may get after you're in stable condition, unless you give written consent and give up your protections not to be balance billed for these post-stabilization services.

As of August 2022, the following 18 states had enacted comprehensive Balance Billing Protections: California, Colorado, Connecticut, Florida, Georgia, Illinois, Maine, Maryland, Michigan, New Hampshire, New Jersey, New Mexico, New York, Ohio, Oregon Texas, Virginia, Washington.

As of August 2022, the following 15 states had enacted limited Balance-Billing Protections: Arizona, Delaware, Indiana, Iowa, Massachusetts, Minnesota, Mississippi, Missouri, Nebraska, Nevada, North Carolina, Pennsylvania, Rhode Island, Vermont, West Virginia.

Generally, those state passed protections apply to fully insured medical plans governed by the specific state and not self-funded medical plans. Check the state insurance commissioner website for details on specific state laws.

If your state is not listed, check your state commissioner's website as states may adopt a surprising billing mandate at any time.

Certain Services at an In-Network Hospital or Ambulatory Surgical Center

When you get services from an in-network hospital or ambulatory surgical center, certain providers there

may be out-of-network. In these cases, the most those providers may bill you is your plan's in-network cost-sharing amount. This applies to emergency medicine, anesthesia, pathology, radiology, laboratory, neonatology, assistant surgeon, hospitalist, or intensivist services. These providers **can't** balance bill you and may **not** ask you to give up your protections not to be balance billed.

If you get other types of services at these in-network facilities, out-of-network providers **can't** balance bill you, unless you give written consent and give up your protections.

You're never required to give up your protections from balance billing. You also aren't required to get care out-of-network. You can choose a provider or facility in your plan's network.

When balance billing isn't allowed, you also have the following protections:

- You're only responsible for paying your share of the cost (like the copayments, coinsurance, and deductible that you would pay if the provider or facility was in-network). Your health plan will pay any additional costs to out-of-network providers and facilities directly.
- Generally, your health plan must:
 - Cover emergency services without requiring you to get approval for services in advance (also known as "prior authorization").
 - Cover emergency services by out-of-network providers.
 - Base what you owe the provider or facility (cost-sharing) on what it would pay an in network provider or facility and show that amount in your explanation of benefits.
 - Count any amount you pay for emergency services or out-of-network services toward your in-network deductible and out-of-pocket limit.

If you think you've been wrongly billed, you may contact the US Dept. of Health & Human Services at 1-877-696-6775 or your State Insurance Commissioner.

The contents of this document do not have the force and effect of law and are not meant to bind the public in any way, unless specifically incorporated into a contract. This document is intended only to provide clarity to the public regarding existing requirements under the law.

PARA: Empleados elegibles para beneficios de salud grupales bajo los planes de salud grupales de Weld County Government

FECHA: 1 de enero de 2024

ASUNTO: Avisos anuales obligatorios para planes de salud grupales

*****Información Importante – Puede Requerir Acción*****

Para asegurar que tenga toda la información que necesita para tomar decisiones informadas para usted y su familia, la ley exige que Weld County Government le informe ciertos derechos legales que puede tener y las obligaciones legales que aplican a Weld County Government Welfare Benefit Plan. Estos derechos y obligaciones se describen con más detalle en los avisos adjuntos.

Contenido

Aviso sobre la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer	Página 22
Aviso de la Ley de Protección Médica de la Madre y el Recién Nacido	Página 22
Aviso sobre la Tasa de Pérdidas Médicas	Página 23
Aviso Sobre el Programa de Bienestar	Página 23
Aviso de Prácticas de Privacidad HIPAA	Página 23
Aviso de Inscripción Especial HIPAA	Página 26
Nuevas Opciones de Cobertura del Mercado de Seguros y Su Cobertura de Salud	Página 28
Aviso Importante sobre su Cobertura de Medicamentos Recetados y Medicare	Página 30
Asistencia con Primas bajo Medicaid y Programa Médico para Menores (CHIP)	Página 32
Modelo de Aviso General de Derechos de Continuación de Cobertura de COBRA	Página 36
Sus Derechos y Protecciones Contra Facturas Médicas Sorpresa	Página 41

Debe revisar estos avisos detenidamente y guardarlos con otros materiales que reciba sobre los beneficios disponibles bajo el Plan. Si tiene alguna pregunta sobre cualquiera de los derechos y obligaciones legales que se describen a continuación o sobre el Plan, debe escribir o llamar a:

Staci Datteri-Frey, Benefits Manager
1150 O Street | Greeley, Colorado 80631
(970) 400-4265 | sfrey@co.weld.co.us

Los siguientes avisos no pretenden ser una descripción de los beneficios ofrecidos bajo el Plan. Para obtener más información sobre beneficios específicos, consulte el Resumen de la Descripción del Plan o comuníquese con la persona mencionada anteriormente.

*Si usted (o sus dependientes) tienen Medicare o serán elegibles para Medicare en los próximos 12 meses, una ley federal le brinda más opciones sobre su cobertura de medicamentos recetados. Por favor, consulte **página 30** para más detalles.*

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

Notificación de Inscripción

Si le han realizado o le realizarán una mastectomía, puede tener el derecho a ciertos beneficios bajo la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer (WHCRA, por sus siglas en inglés). Para las personas que reciben beneficios relacionados a la mastectomía, la cobertura será determinada a partir de la consulta con el paciente y su médico de cabecera, para:

- Todas las etapas de reconstrucción de la mama que fue removida con la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para lograr una apariencia simétrica;
- Prótesis; y
- Tratamiento de complicaciones físicas que surjan como resultado de la masectomía, incluyendo linfedemas.

Estos beneficios estarán sujetos a los mismos deducibles y coseguro aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos cubiertos en este plan. Por eso, se aplican los siguientes deducibles y coseguro:

- Aetna Standard Plan
- Aetna HRA Plan

Para más información sobre los beneficios WHCRA, comuníquese con el administrador de su plan:

Staci Datteri-Frey
Benefits Manager
(970) 400-4265
sfrey@co.weld.co.us

Aviso Anual

¿Sabía que su plan, tal como lo exige la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer, proporciona beneficios para servicios relacionados con la mastectomía, incluidas todas las etapas de reconstrucción y cirugía para lograr la simetría del pecho, la cobertura de las prótesis y cualquier complicación resultante de una mastectomía, como el linfedema? Contacte al administrador de su plan para obtener más información.

Aviso de la Ley de Protección Médica de la Madre y el Recién Nacido

En líneas generales, bajo la ley Federal, los emisores de planes de salud grupales y de seguros médicos no pueden restringir los beneficios de ninguna estadía hospitalaria en conexión con un nacimiento, para la madre o el recién nacido, a menos de 48 horas posteriores a un parto vaginal o a menos de 96 horas posteriores a una cesárea. Sin embargo, la ley Federal generalmente no prohíbe que el proveedor de servicios médicos de la madre o el recién nacido, después de consultar con su madre, dé de alta a la madre o a su hijo antes de las 48 horas (o las 96 horas según corresponda). En cualquier caso, los planes

y los emisores no pueden, de acuerdo con la ley Federal, exigir que el proveedor obtenga autorización del plan o el emisor del seguro para prescribir una estancia no superior a 48 horas (o 96 horas).

Aviso sobre la Tasa de Pérdidas Médicas

La Ley de Cuidado de Salud a Precio Bajo requiere que las aseguradoras de salud en los mercados individuales y de pequeños grupos inviertan por lo menos el 80% de las primas que reciben en servicios para el cuidado de la salud y actividades que mejoren la calidad del cuidado de la salud (en el mercado de grupos grandes de 51 empleados o más, esta cifra aumenta al 85%). Esto se conoce como la Tasa de Pérdidas Médicas (MLR, por sus siglas en inglés) o la regla 80/20. Si la aseguradora de salud no invierte por lo menos el 80% (85% para grandes grupos) de las primas que recibe en servicios para el cuidado de la salud y actividades que mejoren la calidad del cuidado, debe devolver la diferencia.

Aviso Sobre el Programa de Bienestar

Alternativa Razonable de Estándar

Su plan de salud se compromete a ayudarlo a alcanzar su mejor estado de salud. Las recompensas por participar en un programa de bienestar están disponibles para todos los empleados. Si cree que es posible que no pueda cumplir con un estándar para obtener una recompensa bajo este programa de bienestar, usted podría calificar para tener la oportunidad de ganar la misma recompensa de alguna otra forma. Contáctenos al teléfono (970) 400-4265 y trabajaremos con usted (y, si lo desea, con su médico) para encontrar un programa de bienestar con las mismas recompensas que se adecuó a sus necesidades y a su estado de salud.

Aviso de Prácticas de Privacidad HIPAA

Esta notificación describe cómo la información médica sobre usted puede ser utilizada y revelada y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor revísela cuidadosamente.

Esta notificación desea informarle sobre las prácticas de privacidad del Plan de Salud de Weld County Government y las obligaciones legales del Plan sobre la información protegida de su estado de salud de acuerdo con la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de la Información de los Seguros de Salud del 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés). La notificación también explica los derechos de privacidad que usted y los miembros de su familia tienen como participantes del Plan. Entra en vigor a partir del 1 de enero de 2024.

El Plan frecuentemente necesita acceder a la información protegida de su estado de salud para emitir pagos por los servicios de salud y ejecutar las funciones administrativas del plan. Queremos asegurar a los participantes del plan cubiertos bajo el Plan que nosotros obedecemos las leyes de privacidad federales y respetamos su derecho a la privacidad. Weld County Government exige que todos los miembros de nuestra fuerza de trabajo y los terceros con acceso a la información protegida del estado de salud cumplan las prácticas de privacidad descritas debajo.

Información Protegida del Estado de Salud

La información protegida de su estado de salud es resguardada por la Regulación de Privacidad del HIPAA. Generalmente, la información protegida del estado de salud identifica a una persona creada o recibida por un proveedor de servicios médicos, un plan de salud o un empleador, en representación de un plan de salud de grupo relacionado con enfermedades de salud mental o física, servicios para el cuidado de la salud o el pago por ellos, ya sea en el pasado, presente o futuro.

Cómo Podemos Utilizar la Información Protegida de su Estado de Salud

Según la Reglamentación de Privacidad de HIPAA, podemos utilizar o revelar, sin su permiso, la información protegida de su estado de salud con ciertos fines. Este apartado describe las formas en que podemos utilizar y revelar la información protegida sobre su estado de salud.

Pago. Utilizamos o revelamos la información protegida de su estado de salud sin su autorización escrita, con el objetivo de determinar su elegibilidad para los beneficios, para solicitar el reembolso de un tercero o coordinar beneficios con otros planes de salud por los cuales está asegurado. Por ejemplo, un proveedor de servicios médicos que lo trate, nos suministrará la información de su estado de salud. Utilizamos esa información para determinar si esos servicios son elegibles para el pago según nuestro plan de salud de grupo.

Operaciones para el Cuidado de la Salud. Utilizamos y revelamos la información protegida de su estado de salud para llevar a cabo funciones administrativas del plan tales como actividades que garanticen la calidad, resolución de querellas internas y la evaluación de la ejecución del plan. Por ejemplo, revisamos la naturaleza de las reclamaciones para comprender el uso del participante y realizar cambios en el diseño del plan que busquen controlar los costos del cuidado de la salud.

Tratamiento. Aunque la ley permite el uso y la divulgación de la información protegida de su estado de salud con el propósito de contribuir al tratamiento, como plan de salud generalmente no necesitamos revelarla con este propósito. Su médico o proveedor de servicios médicos debe explicarle cómo utilizan y comparten la información de su estado de salud con el propósito de contribuir al tratamiento, el pago y las operaciones del cuidado de la salud.

Como lo permite o lo exige la ley. Podemos también utilizar o revelar la información protegida de su estado de salud sin su autorización escrita por otras razones según lo permite la ley. La ley nos permite compartir información, según ciertos requerimientos, con el objetivo de comunicar información sobre los beneficios relacionados con la salud o los servicios que puedan ser de su interés, responder a una orden judicial o suministrar información para actividades de salud pública adicionales (ej. prevenir la propagación de una enfermedad) sin su autorización escrita. También se nos permite compartir información protegida del estado de salud durante una reestructuración corporativa como una fusión, una venta o una adquisición. También revelaremos información de su estado de salud cuando se exija por la ley, por ejemplo, con el objetivo de impedir serios daños a su persona o la de otros.

De Conformidad con Su Autorización. Cuando sea exigido por la ley, solicitaremos su autorización escrita antes de utilizar o revelar la información protegida de su estado de salud. Si usted decide firmar una autorización para revelar la información, puede más tarde revocarla para impedir el uso y la divulgación futura de dicha información.

Para los Socios Comerciales. Podemos firmar contratos con entidades conocidas como Socios Comerciales que brindan servicios y ejecutan funciones en representación del Plan. Podemos revelar información de salud protegida a los Socios Comerciales una vez que hayan aceptado por escrito salvaguardar la información protegida sobre el estado de salud. Por ejemplo, podemos revelar la información protegida de su estado de salud a un Socio Comercial para administrar las reclamaciones. A los Socios Comerciales también se les exige por ley preservar la información protegida sobre el estado de salud del asegurado.

Para el Patrocinador del Plan. Podemos revelar información protegida del estado de salud a ciertos

empleados de Weld County Government con el objetivo de administrar el Plan. Estos empleados utilizarán o revelarán la información protegida del estado de salud de la persona solamente cuando sea necesario y para ejecutar las funciones administrativas del plan o de otro modo exigidas por HIPAA, a menos que usted haya autorizado la divulgación de información adicional. La información protegida de su estado de salud no puede ser utilizada con fines relacionados al empleo sin su autorización específica.

Sus Derechos

Derecho de Inspeccionar y Copiar. En la mayoría de los casos, usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar la información protegida sobre el estado de salud que conservamos de usted. Si solicita copias, le cobraremos una cuota razonable para cubrir los costos de la copia, el envío por correo u otros gastos asociados con su solicitud. Su solicitud de inspeccionar o revisar la información de su estado de salud debe ser enviada por escrito a la persona mencionada debajo. Bajo algunas circunstancias, podemos negar su solicitud de inspeccionar y copiar la información de su estado de salud. Si su información sea conservada en un registro electrónico, usted puede recibir la información en formato electrónico.

Derecho a Enmendar. Si usted considera que la información en su registro está incorrecta o le falta información importante, usted tiene el derecho de solicitar que corrijamos la información existente o adicionemos el contenido que falta. Su solicitud para modificar la información de su estado de salud debe ser enviada por escrito a la persona mencionada debajo. Bajo algunas circunstancias, podemos negar su solicitud para modificar la información de su estado de salud. Si denegamos su solicitud, puede presentar oficialmente una declaración de disconformidad con nosotros para que se incluya en cualquier divulgación futura de la información en disputa.

Derecho al Informe de las Divulgaciones. Usted tiene el derecho a recibir el informe de ciertas divulgaciones de la información protegida sobre su estado de salud. El informe no incluirá las divulgaciones realizadas (1) con el propósito de contribuir al tratamiento, pago u operaciones del cuidado de la salud; (2) a usted; (3) conforme a su autorización; (4) a sus amigos o familiares en su presencia o debido a una emergencia; (5) por propósitos de seguridad nacional; o (6) accidentales o de otro modo permisibles.

Su solicitud del informe debe ser enviada por escrito a la persona mencionada debajo. Usted puede solicitar un informe de las divulgaciones realizadas en los últimos seis años. Usted puede solicitar un informe gratuito cada 12 meses.

Derecho a Solicitar Restricciones. Usted tiene el derecho a solicitarnos que no utilicemos o revelemos información para el tratamiento, el pago u otros propósitos administrativos excepto cuando sea específicamente autorizado por usted, cuando lo exija la ley o ante emergencias. Usted tiene también el derecho de solicitar que limitemos la divulgación de la información protegida de su estado de salud a alguien comprometido en su cuidado o en el pago de su atención médica, como por ejemplo un familiar o un amigo.

Su solicitud de restricciones ser enviada por escrito a la persona mencionada debajo. Consideraremos su solicitud, pero en la mayoría de los casos no estamos obligados legalmente a aceptar esas restricciones. Sin embargo, cumpliremos con cualquier solicitud de restricción, si la divulgación de información para el plan de salud tiene el propósito de contribuir con el pago o las operaciones del cuidado de la salud (no para contribuir con el tratamiento) y la información protegida sobre el estado de salud pertenece solamente a un producto o servicio del cuidado de la salud que ha sido pagado en efectivo y completamente.

Derecho a Solicitar una Comunicación Confidencial. Usted tiene el derecho a una comunicación

confidencial cuando se traten temas relacionados a su estado de salud. Su solicitud de restricciones será enviada por escrito a la persona mencionada debajo. Tenemos la obligación de atender solicitudes razonables. Por ejemplo, usted puede solicitar que lo contactemos en su lugar de trabajo o le enviemos comunicados relacionados con el tratamiento a una dirección alternativa.

Derecho a ser Notificado de una Violación de la Privacidad. Usted tiene el derecho a ser notificado en el caso de que nosotros (o uno de nuestros Socios Comerciales) descubramos una violación en la privacidad de la información protegida de su estado de salud. La notificación de la violación de la privacidad se realizará de acuerdo con las normativas federales.

Derecho a Recibir esta Notificación en Copia Física. Si ha estado de acuerdo en aceptar esta notificación de forma electrónica, usted también tiene el derecho de recibir una copia física de la notificación en parte de nosotros si lo ha solicitado. Para obtener una copia de esta notificación, por favor contacte a la persona mencionada debajo.

Nuestras Responsabilidades Legales. La ley nos exige salvaguardar la privacidad de la información protegida de su estado de salud, proveerle determinados derechos relacionados con dicha información, proveerle esta notificación sobre las prácticas de privacidad y seguirlas según se estipula en esta notificación.

Podemos cambiar nuestras políticas en cualquier momento. En el caso que cambiemos significativamente nuestras políticas, le suministraremos una copia revisada de esta notificación. Puede también solicitar una copia de nuestra notificación en cualquier momento. Para conocer más sobre nuestras prácticas de privacidad, contacte a la persona mencionada debajo.

Si tiene alguna pregunta o reclamación, por favor contacte:

Staci Datter-Frey
Benefits Manager
(970) 400-4265
sfrey@co.weld.co.us

Reclamaciones

Si está preocupado porque hayamos violado sus derechos de privacidad, o no está de acuerdo con alguna decisión que hayamos tomado relacionada con el acceso a sus registros, usted puede contactar a la persona mencionada anteriormente. Usted también puede enviar una reclamación escrita al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. — Oficina de Derechos Civiles. La persona que se menciona arriba ante su solicitud, puede brindarle la dirección apropiada o también usted puede visitar **www.hhs.gov/ocr**, donde encontrará más información. Usted no será penalizado ni tampoco se tomarán represalias contra usted por presentar una reclamación mediante la Oficina de Derechos Civiles o con nosotros.

Aviso de Inscripción Especial HIPAA

Este aviso tiene el propósito de asegurar que comprenda su derecho a solicitar una cobertura de seguro médico grupal. Usted debe leer esta notificación incluso si planea renunciar a la cobertura por el momento.

Pérdida de Otra Cobertura

Si rechaza esta cobertura para usted o para sus dependientes (incluido su cónyuge) por otro seguro médico o cobertura de un plan de salud grupal, usted y sus dependientes podrán inscribirse en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir con la otra cobertura para usted o sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción en un plazo de 30 días después que su cobertura o la de sus dependientes haya terminado (o después que el empleador deje de contribuir con la otra cobertura).

Además, si tiene un nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o asignación para adopción, podrán inscribirse usted y sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de un plazo de 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o asignación para adopción.

Medicaid o CHIP

Si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad de cobertura por medio de Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés) o se vuelve elegible para un subsidio de asistencia con el pago de primas por medio de Medicaid o CHIP, usted y sus dependientes podrán inscribirse. Deberá solicitar la inscripción dentro de un plazo de 60 días posteriores a la pérdida de la cobertura por Medicaid o CHIP, o la obtención de la elegibilidad para un subsidio de asistencia con el pago de primas.

Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, contacte a:

Staci Datter-Frey
Benefits Manager
(970) 400-4265
sfrey@co.weld.co.us

Nuevas Opciones de Cobertura del Mercado de Seguros y Su Cobertura de Salud

Información General

Ahora que las partes clave de la ley de seguro de salud han entrado en vigor, hay una nueva forma de comprar un seguro médico: El Mercado de Seguros de Salud. Para ayudarle a evaluar las opciones para usted y su familia, este aviso proporciona información básica sobre el nuevo Mercado y la cobertura de seguro de salud de su trabajo ofrecida por su empleador.

¿Qué es el Mercado de Seguros de Salud?

El Mercado de Seguros está diseñado para ayudarle a encontrar un seguro de salud que cubra sus necesidades y se adapte a su presupuesto. El Mercado de Salud ofrece “una ventanilla única” para encontrar y comparar las opciones de seguro médico privado. Usted también puede ser elegible para un nuevo tipo de crédito de impuestos que reduce su prima mensual de inmediato. La inscripción abierta para la cobertura de seguro médico a través del Mercado ocurre anualmente desde el 1 de noviembre hasta el 15 de diciembre para la cobertura a partir del 1 de enero.

¿Puedo ahorrar dinero en mis Primas de Seguro de Salud en el Mercado?

Puede calificar para ahorrar dinero y bajar su prima mensual, pero solamente si su empleador no ofrece cobertura, ó la cobertura que ofrece no cumple con ciertos estándares. Los ahorros en su prima al que usted es elegible depende del ingreso familiar.

¿La Cobertura de Salud del Empleador Afecta la Elegibilidad para Ahorros Prima a través del Mercado?

Si. Si usted tiene una oferta de cobertura de salud de su empleador que cumple ciertos estándares, usted no será elegible para un crédito de impuestos a través del Mercado y puede inscribirse en el plan de salud de su empleador si desee. Sin embargo, puede ser elegible para un crédito de impuestos que reduzca su prima mensual ó una reducción en ciertos costos-compartidos si su empleador no le ofrece la cobertura que cumpla ciertos estándares. Si el costo del plan de su empleador que le cubriría a usted (y no cualquier otro miembro de su familia) es más de un porcentaje específico de sus ingresos, ó si la cobertura que su empleador proporciona no cumple con el “valor mínimo” estándar establecido por la Ley de Cuidado de Salud Asequible, usted puede ser elegible para un crédito de impuestos.* Durante 2022 el porcentaje de asequibilidad fue de 9.61 %, en 2023 es de 9.12 %. 2024 es por determinar.

Si trabaja tiempo completo y es elegible para la cobertura bajo el plan de salud de su empleador, el plan satisface con el estándar de valor mínimo, y se pretende que el costo sea accesible basado en el salario del empleado.

Si usted compra un plan de salud a través del Mercado en lugar de aceptar la cobertura ofrecida por su empleador, podría perder la contribución del empleador (si la hubiere) a la cobertura ofrecida por el empleador. Además esta contribución del empleador, así como la contribución del empleado a la cobertura ofrecida por el empleador, a menudo se excluye de los ingresos para propósito de impuestos Federales y Estatales. Sus pagos por cobertura a través del Mercado se realizan después de impuestos.

¿Como puedo obtener más información?

Para obtener más información acerca de su cobertura ofrecida por su empleador, consulte el Resumen de la Descripción de su Plan ó comuníquese con su Departamento de Recursos Humanos al:

Staci Datteri-Frey
Benefits Manager
(970) 400-4265
sfrey@co.weld.co.us

El Mercado puede ayudarle a evaluar sus opciones de cobertura, incluyendo su elegibilidad para cobertura a través del Mercado y sus costos. Por favor visite la página **www.cuidadodesalud.gov** para obtener más información, incluyendo una solicitud en línea para cobertura de seguro e información para contactarse para un Mercado de Seguro de Salud en su área.

*Un plan de salud proporciona “un valor mínimo” si la porción del plan del total de los costos de beneficios permitidos cubiertos por el plan es por lo menos el 60% de dichos costos.

COBERTURA ACREDITABLE – Aetna Standard Plan, Aetna HRA Plan

Aviso Importante sobre su Cobertura de Medicamentos Recetados y Medicare

Por favor lea este aviso cuidadosamente y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura de recetas médicas con Weld County Government y sus opciones bajo la cobertura de Medicare para medicamentos recetados. Esta información puede ayudarlo a decidir si desea o no inscribirse al plan de recetas de Medicare.

Si está considerando inscribirse al plan, debe comparar su cobertura actual, incluyendo cuáles medicamentos están cubiertos y a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de recetas de Medicare en su área. Al final de este aviso encontrará información sobre dónde puede solicitar ayuda para tomar decisiones relacionadas con su cobertura de recetas médicas.

Hay dos cosas importantes que necesita saber sobre su cobertura actual y la cobertura de recetas médicas del Medicare:

1. La cobertura de Medicare para medicamentos recetados se habilitó en el 2006 para todos los afiliados del Medicare. Usted puede recibir esta cobertura si se afilia al Plan de Recetas Médicas de Medicare o al Plan de Medicare Advantage (por ejemplo: HMO o PPO) que ofrece cobertura de recetas médicas. Todos los planes de recetas de Medicare brindan por lo menos ofrecen un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura con primas mensuales más altas.
2. Weld County Government ha determinado que la cobertura de recetas médicas ofrecida por Weld County Government Welfare Benefit Plan se espera, como promedio para todos los participantes del plan, que pague tanto como lo que paga la cobertura de recetas médicas de Medicare y por lo tanto se considera una Cobertura Acreditable. Debido a que su cobertura existente es una Cobertura Acreditable, puede mantener esta cobertura y no pagar una prima mayor (una penalidad) si decide más tarde inscribirse a un plan de recetas de Medicare.

¿Cuándo puede inscribirse en un plan de recetas de Medicare?

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

Sin embargo, si usted pierde su actual cobertura acreditable de recetas médicas, por una causa no atribuible a usted, será elegible para un Período de Inscripción Especial (SEP, por sus siglas en inglés) de dos (2) meses, en cual puede inscribirse al plan de recetas de Medicare.

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

Si usted decide afiliarse al plan de recetas de Medicare, su cobertura actual con Weld County Government puede estar afectada. Si usted decide afiliarse al plan de recetas de Medicare y desechar la cobertura actual con Weld County Government, usted y sus dependientes no podrán recuperar esta cobertura hasta el próximo período de inscripción ha abierto.

¿Cuándo pagará una prima mayor (penalidad) por inscribirse en un plan de recetas de Medicare?

Si usted desecha o pierde su cobertura actual con Weld County Government y no se afilia al plan de

recetas de Medicare en los primeros 63 días después de que concluya su cobertura actual, puede pagar primas mayores (una penalidad) para afiliarse a un plan de recetas de Medicare.

Si llega o supera el límite de 63 días sin una cobertura de recetas médicas acreditable, su prima mensual puede ascender como mínimo un 1% por mes a partir de la prima base del beneficiario del Medicare por cada mes que no tuvo cobertura.

Por ejemplo, si pasan diecinueve meses sin una cobertura acreditable, su prima puede ser por lo menos un 19% más alta que la prima base de un beneficiario de Medicare. Puede que deba pagar esta prima más alta (una penalidad) mientras tenga una cobertura de recetas de Medicare. Además, tendrá que esperar hasta el próximo octubre para afiliarse.

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

Contacte la persona mencionada debajo para obtener más información. NOTA: Recibirá este aviso cada año. También lo recibirá antes del próximo periodo de inscripciones al plan de recetas de Medicare y en el caso de que esta cobertura con Weld County Government cambie. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

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

Puede encontrar más información detallada sobre planes de Medicare que ofrecen cobertura para recetas médicas, refiérase al manual "Medicare y Usted". Recibirá de Medicare, una copia de este manual en el correo cada año. También puede ser contactado directamente por los planes de recetas de Medicare.

Para más información sobre la cobertura de recetas médicas de Medicare:

- Visite <https://es.medicare.gov>.
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia para los Seguros de Salud (vea en el interior de la contraportada de su copia del manual "Medicare y Usted", para obtener los números telefónicos) para obtener ayuda especializada.
- Llame gratis a **1-800-MEDICARE** (1-800-633-4227). Usuarios TTY deben llamar a 1-877-486-2048.

Si tiene ingresos y recursos limitados, existen ayudas adicionales disponibles para las coberturas de recetas médicas de Medicare. Para conocer sobre la ayuda adicional, visite Seguridad Social en el sitio www.ssa.gov/espanol, o llámalos a 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Recuerde: Guarde este aviso de Cobertura Acreditable. Si decide unirse a uno de los planes de recetas de Medicare, puede ser requerido suministrar una copia de este aviso cuando se afilie, para demostrar que ha mantenido o no una cobertura acreditable y por lo tanto, servirá para determinar si debe pagar o no una prima mayor (una penalidad).

Fecha:	28 de septiembre de 2023
Nombre de Entidad/Empresa:	Weld County Government
Contacto - Puesto/Oficina:	Staci Datterer-Frey, Benefits Manager
Dirección:	1150 O Street Greeley, Colorado 80631
Número de Teléfono:	(970) 400-4265

Asistencia con Primas bajo Medicaid y Programa Médico 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**.

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 (1-877-543-7669)** o visite **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** o llame al servicio telefónico gratuito **1-866-444-EBSA (1-866-444-3272)**.

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 2023. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad –

La lista comienza en la página siguiente.

ALABAMA – Medicaid	ARKANSAS – Medicaid
Sitio web: www.myalhipp.com Teléfono: 1-855-692-5447	Sitio web: www.myarhipp.com Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)
ALASKA – Medicaid	CALIFORNIA – Medicaid
El Programa de Pago de Alaska primas del seguro médico Sitio web: www.myakhipp.com Teléfono: 1-866-251-4861 Por correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad de Medicaid: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx	Sitio web Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program: www.dhcs.ca.gov/hipp Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Por correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov
COLORADO – Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)	IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)
Sitio web de Health First Colorado: www.healthfirstcolorado.com/es Centro de atención al cliente de Health First Colorado: 1-800-221-3943 / Retransmisor del estado: 711 Sitio web de CHP+: www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus Atención al cliente de CHP+: 1-800-359-1991 / Retransmisor del estado: 711 Programa de compra de seguro de salud (HIBI): www.colorado.gov/pacific/hcpf/health-insurance-buy-program Atención al cliente de HIBI: 1-855-692-6442	Sitio web de Medicaid: https://dhs.iowa.gov/ime/members Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366 Sitio web de Hawki: https://dhs.iowa.gov/hawki Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563 Sitio web de HIPP: https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp Teléfono de HIPAA: 1-888-346-9562
FLORIDA – Medicaid	KANSAS – Medicaid
Sitio web: www.flmedicaidprecovery.com/ flmedicaidprecovery.com/hipp Teléfono: 1-877-357-3268	Sitio web: www.kdheks.gov/hcf/default.htm Teléfono: 1-800-792-4884 Teléfono de HIPP: 1-800-967-4660
GEORGIA – Medicaid	KENTUCKY – Medicaid
Sitio web de GA HIPP: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162, Presiona 1 Sitio web de GA CHIPRA: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Teléfono: (678) 564-1162, Presiona 2	Sitio web del Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP): https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/pages/kihipp.aspx Teléfono: 1-855-459-6328 Por correo electrónico: kihipp.program@ky.gov Sitio web de KCHIP: https://kidshealth.ky.gov/es Teléfono: 1-877-524-4718 Sitio web de Medicaid de Kentucky: www.chfs.ky.gov
INDIANA – Medicaid	LOUISIANA – Medicaid
Healthy Indiana Plan para adultos de bajos ingresos años 19-64 Sitio web: www.in.gov/fssa/hip Teléfono: 1-877-438-4479 Todos los demás Medicaid Sitio web: www.in.gov/medicaid Teléfono: 1-800-457-4584	Sitio web: www.medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)
MAINE – Medicaid	NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP
Sitio web: www.mymaineconnection.gov Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Maine relay 711 Página Web por primos de seguro de salud privado: www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-977-6740 TTY: Maine relay 711	Sitio web de Medicaid: www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid Teléfono de Medicaid: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710

MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP	NUEVA YORK – Medicaid
Sitio web: www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840 TTY: 711	Sitio web: www.health.ny.gov/health_care/medicaid Teléfono: 1-800-541-2831
MINNESOTA – Medicaid	CAROLINA DEL NORTE – Medicaid
Sitio web: www.mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp Teléfono: 1-800-657-3739	Sitio web: www.medicaid.ncdhhs.gov Teléfono: 919-855-4100
MISSOURI – Medicaid	DAKOTA DEL NORTE – Medicaid
Sitio web: www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005	Sitio web: www.hhs.nd.gov/healthcare Teléfono: 1-844-854-4825
MONTANA – Medicaid	NEBRASKA – Medicaid
Sitio web: www.dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084 Por correo electrónico: HSHIPPProgram@mt.gov	Sitio web: www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178
CAROLINA DEL SUR – Medicaid	DAKOTA DEL SUR - Medicaid
Sitio web: www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820	Sitio web: www.dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059
NEVADA – Medicaid	OKLAHOMA – Medicaid y CHIP
Sitio web de Medicaid: www.dhcfp.nv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900	Sitio web: www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742
NUEVO HAMPSHIRE – Medicaid	OREGON – Medicaid
Sitio web: www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Teléfono: 603-271-5218 Teléfono gratuito del programa HIP: 1-800-852-3345, ext 5218	Sitio web: https://cuidadodesalud.oregon.gov Teléfono: 1-800-699-9075
PENSILVANIA – Medicaid y CHIP	VIRGINIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Program.aspx Teléfono: 1-800-692-7462 Sitio web de CHIP: www.dhs.pa.gov/CHIP/Pages/CHIP.aspx Teléfono de CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)	Sitio web: www.coverva.org/es/famis-select o www.coverva.org/es/hipp Teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924
RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP	WASHINGTON – Medicaid
Sitio web: www.eohhs.ri.gov Teléfono: 1-855-697-4347 Direct Rte Share Line: 401-462-0311	Sitio web: www.hca.wa.gov Teléfono: 1-800-562-3022
TEXAS – Medicaid	WEST VIRGINIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: www.hhs.texas.gov/es/servicios/finanzas/programa-de-pago-de-las-primas-del-seguro-medico Teléfono: 1-800-440-0493	Sitio web: www.dhhr.wv.gov/bms/ o www.mywvhipp.com Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 Teléfono gratuito: 1-855-MyWVHIP (1-855-699-8447)
UTAH – Medicaid y CHIP	WISCONSIN – Medicaid y CHIP
Sitio web de Medicaid: https://medicaid.utah.gov/spanish-language Sitio web de CHIP: https://chip.health.utah.gov/espanol Teléfono: 1-877-543-7669	Sitio web: www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002
VERMONT – Medicaid	WYOMING – Medicaid
Sitio web: www.greenmountaincare.org Teléfono: 1-800-250-8427	Sitio web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility Teléfono: 1-800-251-1269

Para saber si otros estados han agregado el programa de asistencia con primas desde el 31 de julio de 2023, 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

1-866-444-EBSA (1-866-444-3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.

Centros para Servicios de Medicare y Medicaid

www.cms.hhs.gov

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

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites

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** y hacer referencia al número de control de la OMB 1210-0137.

Número de Control de OMB 1210-0137 (vence al 31 de enero de 2026)

Modelo de Aviso General de Derechos de Continuación de Cobertura de COBRA

Derechos de la Cobertura de Continuación Conforme a la Ley COBRA

Introducción

Le enviamos este aviso porque recientemente obtuvo la cobertura de un plan de salud grupal (el Plan). Este aviso contiene información importante acerca de su derecho a recibir la cobertura de continuación de COBRA, que es una extensión temporal de la cobertura del Plan. **Este aviso explica la cobertura de continuación de COBRA, el momento en el que usted y su familia pueden recibirla, y lo que usted puede hacer para proteger su derecho a obtenerla.** Al ser elegible para la cobertura de COBRA, también puede ser elegible para otras opciones que pueden costar le menos que la cobertura de continuación de COBRA.

El derecho a recibir la cobertura de continuación de COBRA se originó gracias a una ley federal, la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, por sus siglas en inglés) de 1985. Usted y otros familiares suyos pueden disponer de la cobertura de continuación de COBRA cuando se termine la cobertura de salud grupal. Para obtener más información acerca de sus derechos y obligaciones conforme al Plan y a la ley federal, debe revisar el Resumen de la Descripción del Plan o comunicarse con el administrador del Plan.

Al perder la cobertura de salud grupal, puede haber otras opciones disponibles. Por ejemplo, puede ser elegible para comprar un plan individual a través del Mercado de Seguros de Salud. Al inscribirse en la cobertura a través del Mercado de Seguros de Salud, puede cumplir con los requisitos para tener menores costos en las primas mensuales y gastos propios más bajos. Asimismo, puede tener derecho a un período de inscripción especial de 30 días en otro plan de salud grupal para el cual sea elegible (como un plan del cónyuge), aunque ese plan generalmente no acepte afiliados de último momento.

¿Qué es la cobertura de continuación de COBRA?

La cobertura de continuación de COBRA es la continuación de la cobertura del Plan cuando esta debería terminar debido a un evento determinado de la vida. Este acontecimiento también se conoce como “evento específico”. Los eventos específicos se incluyen más abajo en este aviso. Después de un evento específico, la cobertura de continuación de COBRA debe ofrecerse a cada persona considerada un “beneficiario que cumple con los requisitos”. Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios que cumplan con los requisitos si la cobertura del Plan se pierde debido al evento específico. Según el Plan, los beneficiarios que cumplan con los requisitos y que elijan la cobertura de continuación de COBRA pueden estar obligados a pagar la cobertura de continuación de COBRA.

Si usted es un empleado, se convertirá en un beneficiario que cumple con los requisitos si pierde la cobertura del Plan debido a estos eventos específicos:

- Sus horas de empleo se reducen; o
- Su empleo termina por un motivo que no sea una falta grave de su parte.

Si usted es el cónyuge del empleado, se convertirá en un beneficiario que cumple con los requisitos si pierde la cobertura del Plan debido a estos eventos específicos:

- Su cónyuge muere;

- Las horas de empleo de su cónyuge se reducen;
- El empleo de su cónyuge termina por motivo que no sea una falta grave por parte de su cónyuge;
- Su cónyuge adquiere el derecho a recibir los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas); o
- Se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge.

Sus hijos dependientes se convertirán en beneficiarios que cumplen con los requisitos si pierden la cobertura del Plan debido a estos eventos específicos:

- El empleado cubierto muere;
- Las horas de empleo del empleado cubierto se reducen;
- El empleo del empleado cubierto termina por un motivo que no sea una falta grave por parte del empleado cubierto;
- El empleado cubierto adquiere el derecho a recibir los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas);
- Los padres se divorcian o se separan legalmente; o
- El hijo deja de ser elegible para la cobertura del Plan como "hijo dependiente."

¿Cuándo está disponible la cobertura de continuación de COBRA?

El Plan ofrecerá la cobertura de continuación de COBRA a los beneficiarios que cumplan con los requisitos solamente después de que se le informe al administrador del Plan que ha ocurrido un evento específico. El empleador debe notificar los siguientes eventos habilitantes al administrador del Plan:

- La terminación del empleo o la reducción de las horas de empleo;
- La muerte del empleado;
- El hecho de que el empleado adquiera el derecho a recibir los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas).

Para todos los otros eventos específicos (divorcio o separación legal del empleado y el cónyuge, o hijo dependiente que pierde la elegibilidad para la cobertura como hijo dependiente), debe avisarle al administrador del Plan en los 60 días después de que ocurra el evento específico. Debe proporcionarle este aviso a:

Staci Datter-Frey
Benefits Manager
(970) 400-4265
sfrey@co.weld.co.us

¿Cómo se proporciona la cobertura de continuación de COBRA?

Después de que el administrador del Plan recibe el aviso de que se ha producido un evento específico, la cobertura de continuación de COBRA se ofrecerá a cada uno de los beneficiarios que cumplan con los requisitos. Cada beneficiario que cumpla con los requisitos tendrá su propio derecho a elegir la cobertura de continuación de COBRA. Los empleados cubiertos pueden elegir la cobertura de continuación de COBRA en nombre de su cónyuge y los padres pueden elegir la cobertura de continuación de COBRA en nombre de sus hijos.

La cobertura de continuación de COBRA es la continuación temporal de la cobertura debido a la

terminación del empleo o a la reducción de las horas de trabajo, y en general dura 18 meses. Determinados eventos específicos, o un segundo evento específico durante el período inicial de cobertura, pueden permitir que el beneficiario reciba un máximo de 36 meses de cobertura.

También hay otros motivos por los cuales este período de 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA puede prolongarse:

Extensión por discapacidad del período de 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA

Si el Seguro Social determina que usted o alguien de su familia que esté cubierto por el Plan tiene una discapacidad y usted le avisa al respecto al administrador del Plan en el plazo correspondiente, usted y toda su familia pueden recibir una extensión adicional de hasta 11 meses de cobertura de continuación de COBRA, por un máximo de 29 meses. La discapacidad debe haber comenzado en algún momento antes de los 60 días de la cobertura de continuación de COBRA y debe durar al menos hasta el final del período de 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA. Debe proporcionarle este aviso a:

Staci Datter-Frey
Benefits Manager
(970) 400-4265
sfrey@co.weld.co.us

Extensión por un segundo evento específico del período de 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA

Si su familia sufre otro evento específico durante los 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA, su cónyuge y sus hijos dependientes pueden recibir hasta 18 meses adicionales de cobertura de continuación de COBRA, por un máximo de 36 meses, si se le avisa al Plan como corresponde acerca del segundo evento específico. Esta extensión puede estar disponible para el cónyuge y cualquier hijo dependiente que reciba la cobertura de continuación de COBRA en el caso de que el empleado o ex-empleado muera, adquiera el derecho a recibir los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas), se divorcie o se separe legalmente, o si el hijo dependiente deja de ser elegible en el Plan como hijo dependiente. Esta extensión solo está disponible en el caso de que el segundo evento específico hubiese hecho que el cónyuge o el hijo dependiente pierda la cobertura del Plan si no se hubiese producido el primer evento específico.

¿Hay otras opciones de cobertura además de la cobertura de continuación de COBRA?

Sí. En lugar de inscribirse en la cobertura de continuación de COBRA, puede haber otras opciones de cobertura para usted y su familia a través del Mercado de Seguros de Salud, Medicare, Medicaid, el Programa de Seguro de Salud para Menores (CHIP, por sus siglas en inglés) u otras opciones de un plan de salud grupal (por ejemplo, el plan de su cónyuge) mediante lo que se denomina un “período de inscripción especial”. Es posible que algunas de estas opciones cuesten menos que la cobertura de continuación de COBRA. Puede encontrar más información sobre muchas de estas opciones en www.cuidadodesalud.gov.

¿Puedo inscribirme en Medicare en lugar de la continuación de la cobertura COBRA, después de que acabe la cobertura de mi plan de salud grupal?

En general, si no se inscribe en Medicare Parte A o B cuando es elegible por primera vez porque todavía

es empleado, después del período de inscripción inicial de Medicare, tiene un período de inscripción especial de 8 meses* para inscribirse en Medicare Parte A o B, comenzando a principios de

- El mes posterior a la finalización de su empleo; o
- El mes posterior a la finalización de la cobertura del plan de salud grupal basado en el empleo.

*Para obtener más información sobre el período de inscripción especial de 8 meses, visite:

<https://es.medicare.gov/sign-up-change-plans/how-do-i-get-parts-a-b/part-a-part-b-sign-up-periods>

Si elige la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) y desea inscribirse en Medicare Parte B después de que finalice su cobertura de continuación, es posible que tenga que pagar una penalidad por inscripción tardía. Si se inscribe inicialmente en Medicare Parte A o B después de elegir la cobertura de continuación COBRA, el plan puede terminar su cobertura de continuación. Sin embargo, si Medicare Parte A o B entra en vigencia en la fecha de la elección de COBRA o antes de esta fecha, la cobertura de COBRA no se puede discontinuar debido al derecho a Medicare, incluso si la persona se inscribe en la otra parte de Medicare después de la fecha de la elección de la cobertura de COBRA.

Si está inscrito tanto en la continuación de cobertura COBRA como en Medicare, Medicare generalmente pagará primero (pagador primario) y la continuación de cobertura COBRA pagarán en segundo lugar. Ciertos planes pueden pagar como si fueran secundarios a Medicare, incluso si no está inscrito en Medicare.

Para obtener más información, visite **<https://es.medicare.gov/medicare-and-you>**.

Si tiene preguntas

Las preguntas acerca de su Plan o de sus derechos a recibir la cobertura de continuación de COBRA deben enviarse al contacto o los contactos identificados abajo. Para obtener más información sobre sus derechos según la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA, por sus siglas en inglés), incluida la ley COBRA, la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud Asequible, y otras leyes que afectan a los planes de salud grupales, comuníquese con la oficina regional o de distrito más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (EBSA, por sus siglas en inglés) del Departamento de Trabajo de Estados Unidos en su área, o visite **www.dol.gov/ebsa**. (Las direcciones y los números de teléfono de las oficinas regionales y de distrito de EBSA están disponibles en el sitio web de EBSA). Para obtener más información acerca del mercado de seguros médicos, visite **www.cuidadodesalud.gov**.

Informe a su plan si cambia de dirección

Para proteger los derechos de su familia, informe al administrador del Plan sobre cualquier cambio en las direcciones de sus familiares. También debe conservar una copia, para su registro, de todos los avisos que le envíe al administrador del Plan.

Información de contacto del Plan

Para obtener más información sobre el Plan y la continuación de la cobertura COBRA a pedido, comuníquese con la siguiente persona:

Weld County Government Welfare Benefit Plan
Staci Datter-Frey
Benefits Manager

(970) 400-4265
sfrey@co.weld.co.us

Sus Derechos y Protecciones Contra Facturas Médicas Sorpresa

Cuando recibe atención de emergencia o tratamiento de un proveedor fuera de la red en un hospital o centro de cirugía ambulatoria dentro de la red, usted está protegido contra facturas inesperadas o la facturación del saldo. En estos casos, no se le debería cobrar más que los copagos, el coseguro o el deducible de su plan.

¿Qué es “facturación del saldo” (algunas veces llamado “facturas inesperadas”)?

Cuando consulta a un médico o a otro proveedor de atención médica, es posible que tenga que pagar ciertos gastos de bolsillo, como un copago, un coseguro o un deducible. Es posible que tenga otros costos o que tenga que pagar la factura completa si consulta a un proveedor o visita un centro de atención médica que no está en la red del plan médico.

“Fuera de la red” significa los proveedores y centros que no firmaron un contrato con su plan médico para prestar los servicios. Los proveedores fuera de la red pueden facturarle la diferencia entre lo que su plan aceptó pagar y la cantidad completa cobrada por un servicio. Esto se llama **“facturación del saldo”**. Esta cantidad probablemente será más que los costos dentro de la red por el mismo servicio y posiblemente no cuente para el deducible o el límite anual de gastos de bolsillo de su plan.

“Factura inesperada” es una factura de saldos no esperada. Esto puede suceder cuando no puede controlar quién está participando en su atención, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una visita en un centro dentro de la red, pero inesperadamente lo trata un proveedor fuera de la red. Las facturas médicas inesperadas podrían costarle miles de dólares dependiendo del procedimiento o del servicio.

Usted está protegido contra la facturación del saldo por:

Servicios de emergencia

Si tiene una condición médica de emergencia y recibe servicios de emergencia de un proveedor o un centro fuera de la red, lo más que el centro o el proveedor puede facturarle es la cantidad de gastos compartidos dentro de la red de su plan (como copagos, coseguro o deducibles). **No** puede recibir facturas de saldos por estos servicios de emergencia. Esto incluye servicios que puede recibir cuando esté en una condición estable, a menos que dé un consentimiento por escrito y que renuncie a sus protecciones de no recibir facturación de saldos por estos servicios después de la estabilización.

A partir de agosto de 2022, los siguientes 18 estados decretaron protecciones integrales contra la facturación del saldo: California, Colorado, Connecticut, Florida, Georgia, Illinois, Maine, Maryland, Michigan, Nuevo Hampshire, Nueva Jersey, Nuevo México, Nueva York, Ohio, Oregón, Texas, Virginia, Washington.

A partir de agosto de 2022, los siguientes 15 estados decretaron protecciones limitadas contra la facturación de saldos: Arizona, Delaware, Indiana, Iowa, Massachusetts, Minnesota, Misisipi, Misuri, Nebraska, Nevada, Carolina del Norte, Pensilvania, Rhode Island, Vermont, West Virginia.

Generalmente, esas protecciones aprobadas por el estado se aplican a los planes médicos totalmente asegurados, regulados por el estado específico y no a los planes médicos autofinanciados. Revise el sitio web del comisionado estatal de seguros para obtener más información sobre las leyes específicas del estado.

Si no se menciona su estado en la lista, revise el sitio web del comisionado estatal, ya que algunos estados pueden adoptar un mandato de facturas inesperadas en cualquier momento.

Ciertos servicios en un hospital o centro de cirugía ambulatoria dentro de la red

Cuando recibe servicios de un hospital o centro de cirugía ambulatoria dentro de la red, ciertos proveedores podrían estar fuera de la red. En estos casos, el máximo que esos proveedores pueden facturarle es la cantidad de gastos compartidos de su plan dentro de la red. Esto se aplica a servicios de medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorios, neonatología, asistente del cirujano, del médico hospitalista o de intensivista. Estos proveedores **no pueden** facturar saldos y **no** pueden pedirle que renuncie a sus protecciones para no recibir facturación de saldos.

Si recibe otros tipos de servicios en estos centros dentro de la red, los proveedores fuera de la red **no pueden** facturarle los saldos, a menos que usted les dé un consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones.

Nunca se le exigirá que renuncie a sus protecciones contra la facturación del saldo. Tampoco está obligado a recibir atención fuera de la red. Puede elegir a un proveedor o centro de la red de su plan.

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

- Solo es responsable de pagar su parte de los costos (como los copagos, el coseguro y el deducible que pagaría si el proveedor o el centro estuviera dentro de la red). Su plan médico pagará directamente cualquier otro costo a los proveedores y centros fuera de la red.
- Generalmente, su plan médico debe:
 - Cubrir servicios de emergencia sin exigirle que obtenga aprobación con antelación para los servicios (conocida también como “autorización previa”).
 - Cubrir servicios de emergencia con proveedores fuera de la red.
 - Basar lo que usted debe al proveedor o centro (gastos compartidos) en lo que pagaría a un proveedor o centro dentro de la red y mostrar esa cantidad en su explicación de los beneficios.
 - Contar cualquier cantidad que pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red contra su deducible dentro de la red y el límite de gastos de bolsillo.

Si cree que hay un error en su facturación, puede comunicarse con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos al 1-877-696-6775 o con el comisionado de Seguros de su estado.

El contenido de este documento no tiene fuerza y efecto legal y no pretende vincular al público de ninguna manera, a menos que se incorpore específicamente en un contrato. Este documento se diseñó solo para aclarar al público los requisitos existentes según la ley.