



Notificaciones y Divulgaciones para la Inscripción Anual

Altman Specialty Plants, LLC

Enero 01, 2025

Arthur J. Gallagher & Co.
www.ajg.com

Tabla de Contenido

Notificaciones y Divulgaciones legales	Página
DIVULGACIÓN DE MODELO DE PROTECCIÓN DE PACIENTES	3
LEY DE DERECHOS DE SALUD Y CÁNCER DE LAS MUJERES	3
LEY DE PROTECCIÓN DE RECIÉN NACIDOS Y MADRES	4
ASISTENCIA CON LAS PRIMAS BAJO MEDICAID Y EL PROGRAMA DE SEGURO DE SALUD PARA MENORES (CHIP)	5
RECORDATORIO DE PRÁCTICAS Y NOTIFICACION DE PRIVACIDAD DE HIPAA	10
DERECHOS DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL DE HIPAA	10
NOTIFICACIÓN DE COBERTURA ACREDITABLE	12
DIVULGACIONES DE PROGRAMA DE BIENESTAR	15
MODELO DE AVISO GENERAL DE LOS DERECHOS DE LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE COBRA	17
COBERTURA DEL MERCADO DE SEGUROS MÉDICOS OPCIONES Y SU COBERTURA DE SALUD	22

Si usted (y/o sus dependientes) tienen Medicare o adquieren elegibilidad para Medicare dentro de los próximos 12 meses, una ley federal le otorga más alternativas acerca de su cobertura para medicamentos recetados.

Consulte 12-14 donde comienza la sección Notificación de Cobertura Acreditable para obtener más detalles.



DIVULGACIÓN DE MODELO DE PROTECCIÓN DE PACIENTES

El Plan general de Salud y Bienestar de Altman Specialty Plants, LLC permite la designación de un proveedor de cuidados primarios. Usted tiene derecho a designar a cualquier proveedor de cuidados primarios que participe en nuestra red y esté disponible para aceptarlo(a) a usted o a sus familiares. Para obtener información sobre cómo seleccionar un proveedor de cuidados primarios, y para una lista de los proveedores de cuidado primarios participantes comuníquese con MediExcel a el 619.365.4346 o visite www.mediexcel.com 877.445.5299 o visite www.aetna.com.

Para los menores edad, usted podrá designar un pediatra como el proveedor de cuidados primarios. Usted no necesita autorización previa de MediExcel/ Aetna o de cualquier otra persona (incluido un proveedor de cuidados primarios) a fin de obtener acceso a atención obstétrica o ginecológica de un profesional de salud en nuestra red que se especialice en obstetricia o ginecología. Sin embargo, el profesional de salud puede ser requerido conformarse con ciertos procedimientos, inclusive obtener autorización previa para ciertos servicios, siguiendo un plan de tratamiento previamente aprobado, o procedimientos de hacer referidos. Para obtener una lista de profesionales de salud participantes especializados en obstetricia o ginecología, comuníquese con MediExcel a el 619.365.4346 o visite www.mediexcel.com 877.445.5299 o visite www.aetna.com.

LEY DE DERECHOS DE SALUD Y CÁNCER DE LAS MUJERES

Si ha tenido o se le realizará una mastectomía, usted tiene derecho a determinados beneficios en virtud de la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de las Mujeres de 1998 (“WHCRA”, por sus siglas en inglés) Para individuos que gocen de beneficios asociados a la mastectomía, la cobertura se proporcionará de una forma determinada en consulta con el médico tratante y el paciente, para:

- Todas las etapas de reconstrucción del seno en el cual se realizó la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica;
- Prótesis; y
- Tratamiento de complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema.

Estos beneficios se entregarán sujetos a los mismos deducibles y coseguro aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos provistos en virtud del plan. Por lo tanto, se aplican los siguientes deducibles y coseguro:

MediExcel -
Plan VP-20 HMO (Individual: 0% coseguro y \$0 deducible; Familia: 0% coseguro y \$0 deducible)

Aetna -

Plan 1: \$1,500 Deducible, \$25/\$50 70% (Individual: 30% coseguro y \$1,500 deducible; Familia: 30% coseguro y \$3,000 deducible)

Plan 2: Red limitada \$0 Deducible, \$35/\$45 (Individual: 0% coseguro y \$0 deducible; Familia: 0% coseguro y \$0 deducible)

Plan 3: HMO \$0 Deducible, \$35/\$45 (Individual: 0% coseguro y \$0 deducible; Familia: 0% coseguro y \$0 deducible)

Plan 4: OA Managed Choice POS \$6,350 Deducible \$40/\$40 60%/50% (Individual: 40% coseguro y \$6,350 deducible; Familia: 40% coseguro y \$12,700 deducible)

Plan 5: OC \$6,350 \$40/\$40 60%/50% (Individual: 40% coseguro y \$6,350 deducible; Familia: 40% coseguro y \$12,700 deducible)

Plan 6: \$5,000 Deducible AWH Southern California OA Managed Choice POS (Individual: 40% coseguro y \$5,000 deducible; Familia: 40% coseguro y \$10,000 deducible)

Plan 7: OC \$5,000 \$40/\$40 60%/50% (Individual: 40% coseguro y \$5,000 deducible; Familia: 40% coseguro y \$10,000 deducible)

Plan 8: \$5,000 Deducible OA Managed Choice POS \$40/\$40 60%/50% (Individual: 40% coseguro y \$5,000 deducible; Familia: 40% coseguro y \$10,000 deducible)

Plan 9: \$1,000 Deducible OA Managed Choice POS \$30/\$30 80%/60% (Individual: 20% coseguro y \$1,000 deducible; Familia: 20% coseguro y \$3,000 deducible)

Plan 10: \$1,000 Deducible Open Choice OC \$30/\$30 80%/60% (Individual: 20% coseguro y \$1,000 deducible; Familia: 20% coseguro y \$3,000 deducible)

Si desea obtener más información respecto a los beneficios por WHCRA, llame a su Administrador del Plan al 760.744.8191 o Dolores.Ordas@altmanplants.com.

LEY DE PROTECCIÓN DE RECIÉN NACIDOS Y MADRES

Los planes de salud grupales y los emisores de seguro de salud por lo general no podrían, en virtud de la Ley Federal, restringir beneficios por cualquier duración de estadía hospitalaria que se relacione con el parto para la madre o hijo recién nacido a menos de 48 horas luego de un parto vaginal o a menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal por lo general no prohíbe que el proveedor de atención de la madre o recién nacido, después de consultar con la madre, dé el alta a la madre o recién nacido antes de 48 horas (o 96 horas según corresponda). En cualquier caso, los planes y los aseguradores no pueden, en virtud de la ley federal, obligar a un proveedor a obtener autorización del plan o asegurador para indicar una duración de estadía que no supere las 48 horas (o 96 horas).



ASISTENCIA CON LAS PRIMAS BAJO MEDICAID Y EL PROGRAMA DE SEGURO DE SALUD PARA MENORES (CHIP)

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

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

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

Si usted o sus dependientes son elegibles para 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 (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 2024. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad –

ALABAMA – Medicaid	ALASKA – Medicaid
Sitio web: http://myalhipp.com Teléfono: 1-855-692-5447	El Programa de Pago de AK primas del seguro médico Sitio web: http://myakhipp.com Teléfono: 1-866-251-4861 Por correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad de Medicaid: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx
ARKANSAS – Medicaid	CALIFORNIA – Medicaid
Sitio web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Sitio web: http://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+)	FLORIDA – Medicaid
<p>Sitio web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/es Centro de atención al cliente de Health First Colorado: 1-800-221-3943/ retransmisor del estado: 711 CHP+: https://hcpf.colorado.gov/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, por sus siglas en inglés): https://www.mycohibi.com/ Atención al cliente de HIBI: 1-855-692-6442</p>	<p>Sitio web: https://www.flmedicaidprecovery.com/flmedicaidprecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268</p>
GEORGIA – Medicaid	INDIANA – Medicaid
<p>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</p>	<p>Programa de pago de primas de seguro de salud Todos los demás son Medicaid Sitio web: https://www.in.gov/medicaid/ https://www.in.gov/fssa/dfp Administración de familias y servicios sociales Teléfono: 1-800-403-0864 Teléfono de servicios para miembros: 1-800-457-4584</p>
IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)	KANSAS – Medicaid
<p>Sitio web de Medicaid: https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366 Sitio web de Hawki: https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/iowa-health-link/hawki Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563 Sitio web de HIPP: https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/fee-service/hipp Teléfono de HIPAA: 1-888-346-9562</p>	<p>Sitio web: https://www.kancare.ks.gov/ Teléfono: 1-800-792-4884 Teléfono de HIPP: 1-800-967-4660</p>
KENTUCKY - Medicaid	LOUISIANA – Medicaid
<p>Sitio web del Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP): https://www.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/Pages/default.aspx Teléfono: 1-877-524-4718 Sitio web de Medicaid de Kentucky: https://chfs.ky.gov/agencies/dms</p>	<p>Sitio web: www.medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)</p>



MAINE – Medicaid	MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP
<p>Sitio web por inscripción: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Maine relay 711 Página web por primos de seguro de salud privado: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-977-6740 TTY: Maine relay 711</p>	<p>Sitio web: https://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840 TTY: 711 Por correo electrónico: masspremassistance@accenture.com</p>
MINNESOTA – Medicaid	MISSOURI – Medicaid
<p>Sitio web: https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/ Teléfono: 1-800-657-3672</p>	<p>Sitio web: https://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005</p>
MONTANA – Medicaid	NEBRASKA – Medicaid
<p>Sitio web: https://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084 Por correo electrónico: HHSHIPPPProgram@mt.gov</p>	<p>Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178</p>
NEVADA – Medicaid	NUEVO HAMPSHIRE – Medicaid
<p>Sitio web de Medicaid: http://dhcftp.nv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900</p>	<p>Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Teléfono: 603-271-5218 Teléfono gratuito para el programa de HIPP: 1-800-852-3345, ext. 15218 Por correo electrónico: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov</p>
NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP	NUEVA YORK – Medicaid
<p>Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Teléfono: 1-800-356-1561 Teléfono de asistencia de prima de CHIP: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710 (TTY:711)</p>	<p>Sitio web: https://es.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831</p>
CAROLINA DEL NORTE – Medicaid	DAKOTA DEL NORTE – Medicaid
<p>Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov Teléfono: 919-855-4100</p>	<p>Sitio web: http://www.hhs.nd.gov/healthcare Teléfono: 1-844-854-4825</p>

OKLAHOMA – Medicaid y CHIP	OREGON – Medicaid y CHIP
Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono – 1-888-365-3742	Sitio web: https://cuidadodesalud.oregon.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-800-699-9075
PENSILVANIA – Medicaid y CHIP	RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html Teléfono: 1-800-692-7462 Sitio web de CHIP: https://www.pa.gov/en/agencies/dhs/resources/chip.html Teléfono de CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)	Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 1-855-697-4347 o 401-462-0311 (Direct RIta Share Line)
CAROLINA DEL SUR – Medicaid	DAKOTA DEL SUR – Medicaid
Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820	Sitio web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059
TEXAS – Medicaid	UTAH – Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.hhs.texas.gov/es/servicios/asistencia-financiera/programa-de-pago-de-las-primas-del-seguro-medico Teléfono: 1-800-440-0493	Utah's Premium Partnership for Health Insurance (UPP) Sitio web: https://medicaid.utah.gov/upp/ Por correo electrónico: upp@utah.gov Teléfono: 1-888-222-2542 Sitio web de expansión para adultos: https://medicaid.utah.gov/expansion/ Sitio web de Programa de compra de Medicaid de Utah: https://medicaid.utah.gov/buyout-program/ Sitio web de CHIP: https://chip.utah.gov/espanol/
VERMONT – Medicaid	VIRGINIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: https://dvha.vermont.gov/members/Medicaid/hipp-program Teléfono: 1-800-250-8427	Sitio web: https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs Teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924
WASHINGTON – Medicaid	WEST VIRGINIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: http://www.hca.wa.gov Teléfono: 1-800-562-3022	Sitio web: https://dhhr.wv.gov/bms/ http://mywvhipp.com/ Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 Teléfono gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)
WISCONSIN – Medicaid y CHIP	WYOMING – Medicaid
Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002	Sitio web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Teléfono: 1-800-251-1269



Para saber si otros estados han agregado el programa de asistencia con primas desde el 31 de julio de 2024, 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 (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

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

RECORDATORIO DE PRÁCTICAS Y NOTIFICACION DE PRIVACIDAD DE HIPAA

Proteger sus derechos de privacidad respecto a su información de salud

Altman Specialty Plants, LLC se compromete a mantener la privacidad de la información de su salud. Los administradores del de el Plan de Salud y Bienestar de Altman Specialty Plants, LLC (el “Plan”) utilizan estándares de privacidad estrictos para proteger su información de salud del uso y divulgación no autorizados.

Las políticas del Plan que resguardan sus derechos de privacidad y sus derechos en virtud de la ley se describen en la Notificación de Prácticas de Privacidad del Plan. Podría recibir una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad contactando a Directora Corporativa de Recursos Humanos.

DERECHOS DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL DE HIPAA

Plan de Salud y Bienestar de Altman Specialty Plants, LLC Notificación de Derechos de Inscripción Especial de HIPAA

Nuestros registros indican que usted es elegible para participar en el Plan de Salud y Bienestar de Altman Specialty Plants, LLC (para participar realmente, debe completar un formulario de inscripción y pagar parte de la prima mediante deducción de nómina).

Una ley federal bajo la denominación HIPAA nos obliga a notificarle acerca de una disposición importante en el plan: su derecho de inscripción en el plan en virtud de su “disposición de inscripción especial” si usted adquiere un nuevo dependiente o si rechaza la cobertura de este plan para sí mismo o un dependiente elegible al tener en efecto otra cobertura y pierda más adelante dicha otra cobertura por determinadas razones habilitantes.

Pérdida de Otra Cobertura (Excluyendo Medicaid o un Programa de Seguro Médico para Niños Estatal). Si usted rechaza la inscripción para sí mismo o para un dependiente elegible (incluido su cónyuge) mientras esté en vigor la cobertura de otro seguro o plan de salud grupal, usted debe ser capaz de inscribirse a sí mismo y a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para tal otra cobertura (o si el empleador cesa las contribuciones para la otra cobertura que tenga usted o sus dependientes). Sin embargo, usted debe solicitar la inscripción dentro de 30 días después de que su otra cobertura o la de sus dependientes termine (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).

Pérdida de Cobertura para Medicaid o un Programa de Seguro Médico para Niños Estatal. Si usted rechaza la inscripción para sí mismo o para un dependiente elegible (incluido su cónyuge) mientras esté en vigor la cobertura de Medicaid o de un programa de seguro de salud estatal, usted debe ser capaz de inscribirse a sí mismo y a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para tal otra cobertura. Sin embargo, usted debe solicitar la inscripción dentro de 60 días después de que termine su cobertura o la de sus dependientes en virtud de Medicaid o de un programa de seguro de salud infantil.



Nuevo Dependiente por Matrimonio, Nacimiento, Adopción o Colocación para Adopción. Si usted tiene un dependiente como consecuencia de un matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, usted puede inscribirse a sí mismo y a sus nuevos dependientes. Sin embargo, usted debe solicitar la inscripción dentro de 30 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Elegibilidad para Asistencia de Prima en virtud de Medicaid o un Programa de Seguro Médico para Niños: Si usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) adquieren elegibilidad para una subvención de asistencia de prima estatal de parte de Medicaid o de un programa de seguro de salud estatal para niños con respecto a la cobertura según este plan, usted podría ser capaz de inscribirse a sí mismo y a sus dependientes en este plan. Sin embargo, usted debe solicitar la inscripción dentro de 60 días después de la determinación de elegibilidad de usted o sus dependientes para dicha asistencia.

Para solicitar inscripción especial o para obtener más información acerca de las disposiciones de inscripción especial del plan, contacte a Dolores Ordas MSA, SPHR-SCP - Directora Corporativa de Recursos Humanos a el 760.744.8191 o Dolores.Ordas@altmanplants.com.

Advertencia Importante

Si usted rechaza la inscripción para sí mismo o para un dependiente elegible, debe completar nuestro formulario para rechazar la cobertura. En el formulario, se le pide indicar que la cobertura en virtud de otro plan de salud grupal u otra cobertura de seguro de salud (incluido Medicaid o un programa de seguro de salud infantil) es el motivo por el cual rechaza la inscripción y a usted se le pide identificar dicha cobertura. Si usted no completa el formulario, usted y sus dependientes no accederán a la titularidad de derechos de inscripción especial tras la pérdida de la otra cobertura antes descrita, pero conservará sus derechos de inscripción especial al tener un nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, o como resultado de adquirir elegibilidad para un subsidio de asistencia de prima de Medicaid o a través de un programa de seguro de salud infantil estatal con respecto a la cobertura en virtud de este plan, según lo descrito anteriormente. Si usted no adquiere derechos de inscripción especial tras la pérdida de la otra cobertura, no puede inscribirse a sí mismo o a sus dependientes en el plan en cualquier momento, a menos que tales derechos de inscripción especial se apliquen a causa de un nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, o como resultado de adquirir elegibilidad para un subsidio de asistencia de prima de Medicaid o a través de un programa de seguro de salud infantil estatal con respecto a la cobertura en virtud de este plan.

NOTIFICACIÓN DE COBERTURA ACREDITABLE

Aviso Importante de Altman Specialty Plants, LLC

Sobre su Cobertura para Recetas Médicas y Medicare

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

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

1. La nueva cobertura de Medicare para recetas médicas está disponible desde el 2006 para todas las personas con Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan de Medicare para Recetas Médicas, o un Plan Medicare Advantage (como un PPO o HMO) que ofrece cobertura para medicamentos recetados. Todos los planes de Medicare para recetas médicas proporcionan por lo menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Además, algunos planes pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
2. Altman Specialty Plants, LLC ha determinado que la cobertura para recetas médicas ofrecida por el Aetna HMO y PPO es, en promedio se espera que pague tanto como lo hará la cobertura estándar de Medicare para recetas médicas para todos los participantes del plan y por lo tanto es considerada Cobertura Acreditable. Debido a que su cobertura actual es Acreditable, usted puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una penalidad), si más tarde decide inscribirse en un plan de Medicare.

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

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

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



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

Si usted decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su especialidad actual Altman Specialty Plants, LLC cobertura no se verá afectada. Usted puede mantener la cobertura de grupo si eligen la parte D y este plan se coordinará con cobertura de la Parte D.

Si usted decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y soltar su especialidad actual Altman Specialty Plants, LLC de cobertura, tenga en cuenta que usted y sus dependientes no podrán obtener su cobertura de nuevo hasta que la inscripción Grupo libre. (Inscripción abierta es el mes de diciembre de cada año, para una fecha efectiva 01 de enero.

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

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

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

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

NOTA: Usted recibirá este aviso cada año. Recibirá el aviso antes del próximo período en el cual usted puede inscribirse en la cobertura de Medicare para recetas médicas, y en caso de que esta cobertura con Altman Specialty Plants, LLC cambie. Además, usted puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

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

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

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

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

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

Fecha: Enero 01, 2025

Nombre de la Entidad/Remitente: Altman Specialty Plants, LLC

Contacto--Puesto/Oficina: Dolores Ordas - Directora Corporativa de Recursos Humanos

Dirección: 3742 Blue Bird Canyon Rd
Vista, California 92084-7432
Estados Unidos

Número de Teléfono: 760.744.8191



DIVULGACIONES DE PROGRAMA DE BIENESTAR

Su plan de salud se compromete a ayudarle a lograr su mejor condición de salud. Las recompensas por participar del programa de bienestar están disponibles para todos los empleados. Si piensa que no es capaz de cumplir con una norma para una recompensa en virtud de este programa de bienestar, podría calificar para una oportunidad de obtener la misma recompensa por diferentes medios. Comuníquese con Dolores Ordas MSA, SPHR-SCP - Directora Corporativa de Recursos Humanos al 760.744.8191 o Dolores.Ordas@altmanplants.com. y trabajaremos con usted (y si lo desea, con su médico) para buscar un programa de bienestar con la misma compensación que sea apta para usted a la luz de su condición de salud.

NOTIFICACIÓN CON RESPECTO AL PROGRAMA DE BIENESTAR

El programa de bienestar del Altman Specialty Plants LLC es un programa de bienestar voluntario disponible para todos los empleados. El programa se administra de conformidad con las normas federales que permiten programas de bienestar patrocinados por empleadores que buscan mejorar la salud del empleado o evitar enfermedades, incluida la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990, la Ley de No Discriminación por Información Genética de 2008 y la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud, según se apliquen, entre otras. Si usted elige participar en el programa de bienestar, que realiza una serie de preguntas acerca de sus actividades relacionadas con su salud y comportamientos No es necesario que complete la HRA o que participe en el análisis de sangre u otros exámenes médicos.

Sin embargo, los empleados que escojan participar en el programa de bienestar recibirán un incentivo de un ahorro en el costo de las primas de su plan medico. Aunque no es necesario que complete el HRA o que participe de la prueba biométrica, solo los empleado que lo hagan recibirán el ahorro en el costo de las primas de su plan medico.

Protecciones de la Divulgación de Información Médica

La ley nos obliga a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud personalmente identificable. A pesar que de que programa de bienestar y Altman Specialty Plants LLC puedan usar información colectiva que se recopile para diseñar un programa en base a los riesgos de salud identificados en el lugar de trabajo, Altman Plants Wellness jamás divulgará cualquier información colectiva personal de forma pública o al empleador, salvo que sea necesario para responder a una solicitud de usted o para una adaptación razonable necesaria para participar en el programa de bienestar, o según lo permita expresamente la ley. La información médica que le identifique personalmente y que se entregue en relación con el programa de bienestar no se proporcionará a sus supervisores o gerentes y podría no usarse jamás para tomar decisiones con respecto a su empleo.

Su información médica no se venderá, intercambiará, transferirá ni divulgará de ninguna otra manera, excepto en la medida en que lo permita la ley para llevar a cabo actividades específicas relacionadas con el programa de bienestar, y no se le pedirá ni exigirá que renuncie a la confidencialidad de su información médica como una condición para participar en el programa de bienestar o recibir un incentivo. Cualquiera que reciba su información con el propósito de brindarle servicios como parte del programa de bienestar cumplirá con los mismos requisitos de confidencialidad.

Además, toda la información médica obtenida a través del programa de bienestar se mantendrá separada de sus registros personales, la información almacenada electrónicamente se cifrará y ninguna información que proporcione como parte del programa de bienestar se utilizará para tomar decisiones de empleo. Se tomarán las precauciones adecuadas para evitar cualquier violación de datos y, en caso de que ocurra una violación de datos que involucre información que usted proporcione en relación con el programa de bienestar, se lo notificaremos inmediatamente.

No puede ser discriminado en el empleo debido a la información médica que proporcione como parte de su participación en el programa de bienestar, ni puede ser objeto de represalias si decide no participar.

Si tiene preguntas o inquietudes con respecto a este aviso, o sobre las protecciones contra la discriminación y las represalias, comuníquese con Dolores Ordas MSA, SPHR-SCP - Directora Corporativa de Recursos Humanos al 760.744.8191 o Dolores.Ordas@altmanplants.com.



MODELO DE AVISO GENERAL DE LOS DERECHOS DE LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE COBRA

Modelo de aviso general de los derechos de la cobertura de continuación de COBRA

(para que usen los planes de salud grupales de un solo empleador)

****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 costarle 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 médicos. Al inscribirse en la cobertura a través del mercado de seguros médicos, 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 deben 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 un 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 adquiriera 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 30 días posteriores a que se produzca el evento habilitante. Debe proporcionarle este aviso a: Dolores Ordas MSA, SPHR-SCP.

¿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.

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 médicos, Medicaid 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.healthcare.gov.

¿Puedo inscribirme en Medicare, en caso de ser elegible, después de que finalice la cobertura de mi plan de salud colectivo?

En general, después del período de inscripción inicial, hay un período de inscripción especial de 8 meses¹ para inscribirse en Medicare Parte A o B, que comienza cuando ocurre lo primero de lo siguiente:

- El mes posterior a la finalización del empleo.
- El mes posterior a la finalización de la cobertura del plan de salud colectivo basada en el empleo actual.

¹ <https://www.medicare.gov/basics/get-started-with-medicare/sign-up/when-does-medicare-coverage-start>



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 COBRA como en Medicare, Medicare será generalmente el pagador principal. Es posible que algunos planes “disminuyan” el monto que Medicare pagaría en caso de ser el pagador principal, incluso si usted no está inscrito.

Para obtener más información, visite www.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 Atención Médica (de bajo costo) y la Protección al Paciente, 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.HealthCare.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

Altman Specialty Plants, LLC
Dolores Ordas MSA, SPHR-SCP - Directora Corporative de Recursos Humanos
3742 Blue Bird Canyon Rd
Vista, California 92084-7432
Estados Unidos
760.744.8191

COBERTURA DEL MERCADO DE SEGUROS MÉDICOS OPCIONES Y SU COBERTURA DE SALUD

PARTE A: Información general

Incluso si le ofrecen cobertura de salud a través de su empleo, es posible que tenga otras opciones de cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos (“Mercado”). Para ayudarlo a evaluar las opciones para usted y su familia, este aviso proporciona cierta información básica sobre el Mercado de Seguros Médicos y la cobertura de salud ofrecida a través de su empleo.

¿Qué es el Mercado de Seguros Médicos?

El Mercado está diseñado para ayudarlo a encontrar un seguro médico que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El Mercado ofrece un “punto único de compra” para encontrar y comparar opciones de seguros médicos privados en su área geográfica.

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

Es posible que califique para ahorrar dinero y reducir su prima mensual y otros costos de bolsillo, pero solo si su empleador no ofrece cobertura o si ofrece cobertura que no se considera asequible para usted y no cumple con ciertas normas de valor mínimo (que se analizan a continuación). Los ahorros para los que es elegible dependen de los ingresos de su hogar. También puede ser elegible para un crédito fiscal que reduzca sus costos.

¿La cobertura de salud basada en el empleo afecta la elegibilidad para recibir ahorros en primas a través del Mercado?

Sí. Si tiene una oferta de cobertura de salud de su empleador que se considera asequible para usted y cumple con ciertas normas de valor mínimo, no será elegible para un crédito fiscal o pago por adelantado del crédito fiscal para su cobertura del Mercado y es posible que desee inscribirse en su plan de salud basado en el empleo. Sin embargo, usted puede ser elegible para un crédito fiscal y pagos por adelantado del crédito, que reducen su prima mensual, o una reducción en ciertos costos compartidos, si su empleador no le ofrece cobertura alguna o no le ofrece cobertura que se considera asequible para usted o cumple con las normas de valor mínimo. Si su participación del costo de la prima de todos los planes que se le ofrecen a través de su empleo es más del 9.12 %¹ de su ingreso familiar anual, o si la cobertura a través de su empleo no cumple con la norma de “valor mínimo” establecida por la Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio, puede ser elegible para un crédito fiscal y el pago por adelantado del crédito, si no se inscribe en la cobertura de salud basada en el empleo. Para los miembros de la familia del empleado, la cobertura se considera asequible si el costo de las primas del plan de menor costo que cubriría a todos los miembros de la familia no excede el 9.12 % de los ingresos del hogar del empleado.^{1 2}

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

² Un plan de salud patrocinado por el empleador o basado en el empleo cumple con la “norma de valor mínimo” si la participación del plan en los costos totales de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costos. A los efectos de la elegibilidad para el crédito fiscal para la prima, para cumplir con la “norma de valor mínimo”, el plan de salud también debe proporcionar una cobertura sustancial tanto de los servicios hospitalarios como de los servicios médicos para pacientes hospitalizados.



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

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

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

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

También existe un Período de Inscripción Especial del Mercado para personas y sus familias que pierden la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés) a partir del 31 de marzo de 2023 hasta el 31 de julio de 2024. Desde el inicio de la emergencia de salud pública del COVID-19 a nivel nacional, las agencias estatales de Medicaid y CHIP generalmente no han cancelado la inscripción de ningún beneficiario de Medicaid o CHIP que estuviera inscrito a partir del 18 de marzo de 2020 hasta el 31 de marzo de 2023. A medida que las agencias estatales de Medicaid y CHIP reanuden las prácticas habituales de elegibilidad e inscripción, es posible que muchas personas ya no sean elegibles para la cobertura de Medicaid o CHIP a partir del 31 de marzo de 2023. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. **ofrece un período temporal de Inscripción Especial en el Mercado para permitir que estas personas se inscriban en la cobertura del Mercado.**

Las personas elegibles para el Mercado que viven en estados atendidos por [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) y que envían una nueva solicitud o actualizan una solicitud existente en [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024, y dan fe de una fecha de terminación de la cobertura de Medicaid o CHIP dentro del mismo período, son elegibles para un Período de Inscripción Especial de 60 días. **Eso significa que, si pierde la cobertura de Medicaid o CHIP entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024, es posible que pueda inscribirse en la cobertura del Mercado dentro de los 60 días posteriores a la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP.** Además, si usted o los miembros de su familia están inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP, es importante asegurarse de que su información de contacto esté actualizada para asegurarse de recibir cualquier información sobre los cambios en su elegibilidad. Para obtener más información, visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) o llame al Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-889-4325.

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

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

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

¿Cómo puedo obtener más información?

Para obtener más información sobre la cobertura que ofrece a través de su empleo, consulte el Resumen de la descripción del plan de salud o comuníquese con Dolores Ordas.

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

PARTE B: Información sobre la cobertura de salud ofrecida por su empleador

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

3. Nombre del empleador Altman Specialty Plants, LLC		4. Número de identificación patronal (EIN) 33-0494942	
5. Dirección del empleador 3742 Blue Bird Canyon Rd		6. Número de teléfono del empleador 760.744.8191	
7. Ciudad Vista	8. Estado California	9. Código postal 92084-7432	
10. ¿A quién podemos contactar sobre la cobertura de salud de los empleados en este trabajo? Dolores Ordas MSA, SPHR-SCP			
11. Número de teléfono (si es diferente al anterior)		12. Dirección de correo electrónico Dolores.Ordas@altmanplants.com	



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

- Como su empleador, ofrecemos un plan de salud para:
 - Todos los empleados. Los empleados elegibles son:
 - Algunos empleados. Los empleados elegibles son los siguientes: Todos los empleados activos que trabajan un mínimo de 30 horas por semana

 - Respecto a los dependientes:
 - Ofrecemos cobertura. Los dependientes elegibles son los siguientes: Su cónyuge, pareja de hecho y su hijo dependiente (s) menores de 26 años de edad, sin importar si son estudiantes a tiempo completo.
 - No No ofrecemos cobertura.
- X Si se marca, esta cobertura cumple con la norma de valor mínimo y el costo de esta cobertura para usted debe ser asequible, según los salarios de los empleados.
- ** Incluso si su empleador tiene la intención de que su cobertura sea asequible, aún puede ser elegible para un descuento en la prima a través del Mercado. El Mercado utilizará los ingresos de su hogar, junto con otros factores, para determinar si puede ser elegible para un descuento en la prima. Si, por ejemplo, sus salarios varían de una semana a otra (quizás es un empleado por horas o trabaja por comisión), si es nuevo empleado a mitad de año o si tiene otras pérdidas de ingresos, aún puede calificar para un descuento en la prima.

Si decide buscar cobertura en el Mercado, [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) lo guiará a través del proceso. Aquí está la información del empleador que ingresará cuando visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) para averiguar si puede obtener un crédito fiscal para reducir sus primas mensuales.

La siguiente información corresponde a la Herramienta de Cobertura del Empleador del Mercado. Completar esta sección es opcional para los empleadores, pero ayudará a garantizar que los empleados comprendan sus opciones de cobertura.

13. **¿El empleado es actualmente elegible para la cobertura ofrecida por este empleador o será elegible en los próximos 3 meses?**

- Sí** (Continuar)
13a. Si el empleado no es elegible hoy, incluso como resultado de un período de espera o de prueba, ¿cuándo es elegible el empleado para la cobertura? _____(dd/mm/aaaa).
(Continuar).
- No.** (DETÉNGASE y devuelva este formulario al empleado)

Descargo de Responsabilidad

El monto que paga el plan por los servicios cubiertos proporcionados por proveedores fuera de la red se basa en un monto máximo permitido por el servicio específico prestado. Aunque su plan estipule un desembolso máximo para los servicios fuera de la red, tenga en cuenta que la cantidad máxima permitida para un procedimiento elegible puede no ser igual a la cantidad cobrada por su proveedor fuera de la red. Su proveedor fuera de la red puede facturarle la diferencia entre el monto cobrado y el monto máximo permitido. Esto se denomina facturación de saldo y la cantidad que se le factura puede ser sustancial. El máximo de desembolso personal descrito en su póliza no incluirá montos que excedan el cargo permitido y otros gastos no cubiertos según lo definido por su plan. La cantidad máxima reembolsable para proveedores fuera de la red puede basarse en una serie de programas, como un porcentaje de lo razonable y habitual o un porcentaje de Medicare. El documento del plan o la póliza maestra de la aseguradora es el documento de control, y este beneficio destacado no incluye todos los términos, cobertura, exclusiones, limitaciones y condiciones del idioma del plan real. Contacte a su ordenante de reclamos o asegurador para obtener más información.

Este documento es un resumen de la cobertura propuesta por el (los) transportista(s), basado en la información proporcionada por su empresa. No incluye todos los términos, cobertura, exclusiones, limitaciones y condiciones del idioma del contrato real. Las políticas y contratos por sí mismos deben leerse para comprender tales detalles. Los formularios de póliza para su referencia estarán disponibles a pedido.

La intención de este documento es brindarle información general sobre el estado y/o posibles inquietudes relacionadas con su entorno actual de beneficios para empleados. No necesariamente trata por completo todos sus problemas específicos. No debe interpretarse como, ni tiene la intención de proporcionar, asesoramiento legal. Las preguntas sobre cuestiones específicas deben ser abordadas por su abogado general o un abogado que se especialice en esta área de práctica.



Gallagher

Insurance | Risk Management | Consulting