Aviso sobre el plan de indemnización fija/hospitalaria

En vigencia 1/1/27

IMPORTANTE: Se trata de una póliza de indemnización fija, NO de un seguro de salud

Esta póliza de indemnización fija puede ofrecerle un monto limitado en dólares en caso de enfermedad u hospitalización. Usted seguirá siendo responsable de cubrir los costos de su atención.

- El monto que recibe no depende del total de su factura médica.
- Es posible que la póliza tenga un límite anual de pago.
- Esta póliza no reemplaza un seguro de salud integral.
- Dado que esta póliza no es un seguro de salud, no está obligado a cumplir con la mayoría de las protecciones federales para los consumidores que se aplican a los seguros de salud.

¿Busca un seguro de salud integral?

- Visite Healthcare.gov o llame al 1-800-318-2596 (TTY:1-855-889-4325) para conocer las opciones de cobertura de salud.
- Para saber si puede obtener un seguro de salud a través de su trabajo, o del trabajo de un familiar, póngase en contacto con el empleador.

¿Tiene alguna pregunta sobre esta póliza?

Si tiene preguntas o quejas sobre esta póliza, póngase en contacto con el Departamento de Seguros de su estado. Busque el número en el sitio web de la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros (naic.org), en la sección "Departamentos de Seguros". Si tiene esta póliza a través de su trabajo, o del trabajo de un familiar, póngase en contacto con el empleador.

©2024 Brown & Brown Insurance Services, Inc. Todos los derechos reservados.

Brown & Brown

JANUARY 1, 2027

Avisos importantes

Stetson University, Inc.

Dirección postal:	421 N Woodland Blvd Deland , FL 32723
Nombre del contacto:	Chris Chellberg
Cargo del contacto:	Asst Director -Total Rewards
Correo electrónico de contacto:	cchellbe@stetson.edu
Teléfono del contacto:	(386) 740-2535

©2025 Brown & Brown Insurance Services, Inc. Todos los derechos reservados.

Aviso importante de Stetson University sobre su cobertura acreditable de medicamentos recetados y Medicare

Lea este aviso con detenimiento y guárdelo en un lugar donde lo pueda encontrar fácilmente. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados con Stetson University y sobre las opciones que le ofrece la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarlo a decidir si desea o no inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si considera inscribirse, debe comparar su cobertura actual, incluido qué medicamentos se cubren y a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su área. Al final de este aviso encontrará información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones con respecto a su cobertura de medicamentos recetados.

Este aviso se refiere a los siguientes planes: BlueCare HMO y BlueOptions PPO

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

1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare comenzó a estar disponible en 2006 para todas las personas con Medicare. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare o en un plan Medicare Advantage (como un plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud [Health Maintenance Organization, HMO] o de una Organización de Proveedores Preferidos, [Preferred Provider Organization, PPO]) que ofrece cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare brindan al menos un nivel estándar de cobertura que establece Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
2. Stetson University ha determinado que la cobertura de medicamentos recetados ofrecida por el/los plan(es) de beneficios arriba mencionado(s), en promedio para todos los participantes del plan, se espera que pague tanto como paga la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y, por lo tanto, se considera Cobertura Acreditable. Como su cobertura actual es una cobertura acreditable, puede conservar esta cobertura sin tener que pagar una prima más alta (una multa) si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

¿Cuándo se puede inscribir en un plan de medicamentos de Medicare?

Puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare cuando sea elegible para Medicare por primera vez y cada año desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

Sin embargo, si pierde su cobertura actual y acreditable de medicamentos recetados, aunque no sea su culpa, será elegible para un periodo de inscripción especial (Special Enrollement Period, SEP) de dos (2) meses en el que podrá inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

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

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura actual no se verá afectada. Puedes mantener esta cobertura si eliges la Parte D y este plan se coordinará con la cobertura de la Parte D.

	CVS/Caremark	
Nombre del Plan	**BlueCare HMO**	**BlueOptions PPO**
Venta al por menor (suministro de 1 mes)		
Genérico preferido	Copago de $5	Copago de $5
Marca preferida	Copago de $75	Copago de $75
Marca no preferida	Copago de $150	Copago de $150
Especialidad	30% de coseguro	30% de coseguro
Pedido por correo (suministro de 90 días)	Copago 2.5x	Copago 2.5x

©2024 Brown & Brown Insurance Services, Inc. Todos los derechos reservados.

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y abandona su cobertura actual, tenga en cuenta que usted y sus dependientes podrán recuperar esta cobertura en la próxima oportunidad de inscripción anual o en un evento de vida calificado.

¿Cuándo deberá pagar una prima más alta (multa) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

También debe saber que si abandona o pierde su cobertura actual con este plan y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días siguientes al cese de su cobertura, puede tener que pagar una prima más alta (una multa) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más tarde.

Si pasa 63 días seguidos o más sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados, su prima mensual puede subir en al menos un 1% de la prima base mensual para beneficiarios de Medicare, por cada mes que se encuentre sin la cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin una cobertura acreditable, su prima podría ser al menos un 19% superior que la prima base para beneficiarios de Medicare. Quizás deba pagar una prima más alta (una multa) mientras tenga una cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, puede que tenga que esperar hasta el próximo octubre para inscribirse.

Para obtener más información sobre este aviso o sobre su cobertura actual de medicamentos recetados...

Podrá encontrar información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados en el manual "Medicare y usted" (Medicare & You). Medicare le enviará una copia del manual por correo todos los años. Puede que también lo contacten directamente desde los planes de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

- Visite www.medicare.gov
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (consulte la parte interna de la contraportada de su copia del manual "Medicare y usted" si necesita el número de teléfono) para obtener asistencia personalizada.
- Llame a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048

Si tiene ingresos y recursos limitados, puede recibir asistencia adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite el sitio web del Seguro Social en www.socialsecurity.gov o llámelos al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Recuerde: Guarde este aviso de cobertura acreditable. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que se le solicite una copia de este aviso cuando se inscriba para demostrar si ha mantenido o no una cobertura acreditable y, por lo tanto, si está obligado o no a pagar una prima más alta (una multa).

NOTA: Usted recibirá este aviso todos los años. También la recibirá antes del próximo periodo en el que pueda inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, y si cambia esta cobertura a través de **Stetson University** También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Fecha de entrada en vigencia: January 1, 2027

Nombre del empleador: Stetson University

Nombre/Cargo del contacto:

Christopher Chellberg

Dirección: 421 N. Woodland Blvd

DeLand, FL 32723

Teléfono: 386-740-2535

Correo electrónico: cchellbe@stetson.edu

©2024 Brown & Brown Insurance Services, Inc. Todos los derechos reservados.

Aviso general de los derechos de continuación de la cobertura COBRA

** Derechos de continuidad de la cobertura en virtud de COBRA**

Introducción

Recibe este aviso porque recientemente ha obtenido cobertura de un plan de salud colectivo (el Plan). Este aviso contiene información importante sobre la continuación de sus derechos de cobertura COBRA, que es una extensión temporal de la cobertura de su Plan. Este aviso en general explica la continuación de la cobertura COBRA, cuándo estará disponible para usted y su familia y qué necesita hacer para proteger su derecho a recibirla. Cuando cumpla los requisitos para ser elegible a COBRA, también podrá optar a otras opciones de cobertura que pueden costar menos que la continuación de la cobertura COBRA.

El derecho a la continuación de la cobertura COBRA se creó a partir de una ley federal, la Ley Ómnibus de Reconciliación Presupuestaria Consolidada (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA) de 1985. La continuación de la cobertura COBRA puede estar a su disposición y a la de otros miembros de su familia cuando, de otro modo, finalizaría la cobertura de salud colectiva. Si desea más información sobre sus derechos y obligaciones en virtud del Plan y de la legislación federal, consulte la Descripción Resumida del plan o póngase en contacto con el administrador del Plan.

Es posible que disponga de otras opciones cuando pierda la cobertura de salud colectiva. Por ejemplo, puede optar por adquirir un plan individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Al inscribirse en la cobertura a través de Marketplace, puede optar por costos más bajos en sus primas mensuales y menores gastos directos. Además, puede optar a un periodo de inscripción especial de 30 días para otro plan de salud colectiva para el que sea elegible (por ejemplo, el plan de su cónyuge), incluso si ese plan no suele aceptar inscripciones tardías.

¿En qué consiste la continuación de la cobertura COBRA?

La continuación de la cobertura COBRA es la continuación de la cobertura de su Plan cuando en realidad debería terminarse debido a un evento de vida, También conocido como “evento calificado”. Más adelante en este aviso se presenta una lista de algunos eventos calificados específicos. Luego de un evento calificado, debe ofrecerse la continuación de la cobertura COBRA a cada persona que sea un “beneficiario calificado”. Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes pueden convertirse en beneficiarios calificados si se pierde la cobertura del Plan debido al evento calificado. Según el Plan, los beneficiarios calificados que elijan la continuación de la cobertura COBRA [escoja e ingrese la información pertinente: deben pagar o no deben pagar] por la misma.

Si es empleado, se convertirá en beneficiario calificado si pierde su cobertura del Plan debido a uno de los siguientes eventos calificados:

- Le reducen su horario laboral o
- Pierde su empleo por cualquier motivo que no sea una falta grave de su parte.

Si es el cónyuge de un empleado, se convertirá en beneficiario calificado si pierde su cobertura del Plan debido a uno de los siguientes eventos calificados:

- Su cónyuge muere;
- Le reducen el horario laboral a su cónyuge;
- Su cónyuge pierde su empleo por cualquier motivo que no sea una falta grave de su parte;
- Su cónyuge tiene derecho a los beneficios de Medicare (de la Parte A, la Parte B o ambas) o
- Se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge.

Sus hijos dependientes se convertirán en beneficiarios calificados si pierden la cobertura del Plan debido a cualquiera de los siguientes eventos calificados:

- El padre o la madre/el empleado muere;
- Le reducen el horario laboral a alguno de los padres o al empleado;
- Alguno de los padres o el empleado pierde su empleo por cualquier motivo que no sea una falta grave de su parte;
- Alguno de los padres o el empleado tiene derecho a los beneficios de Medicare (de la Parte A, la Parte B o ambas)
- Los padres se divorcian o se separan legalmente; o
- El hijo deja de ser elegible para la cobertura del Plan en su calidad de “hijo dependiente”.

©2024 Brown & Brown Insurance Services, Inc. Todos los derechos reservados.

¿Cuándo está disponible la continuación de la cobertura COBRA?

El Plan ofrecerá la continuación de la cobertura COBRA a los beneficiarios calificados solo después de que el Administrador del Plan haya recibido la notificación correspondiente de que ocurrió un evento calificado. El empleador debe notificar al Administrador del Plan en los siguientes eventos calificados:

- Finalización del empleo o reducción de las horas de empleo;
- Muerte del empleado;
- Inicio de un procedimiento de quiebra con respecto al empleador.
- El empleado pasa a tener derecho a los beneficios de Medicare (en virtud de la Parte A, la Parte B o ambas).

Para todos los demás eventos calificados (divorcio o separación legal del empleado y su cónyuge o que un hijo dependiente pierda el derecho a la cobertura como hijo dependiente), deberá notificarlo al administrador del plan en los 60 días siguientes a que se produzca el evento calificado. Debe proporcionar esto a la persona indicada en la "Información de contacto del Plan", al final de este aviso, junto con los documentos de respaldo del evento de vida calificado.

¿Cómo se proporciona la continuación de la cobertura COBRA?

Una vez que se le notifique al Administrador del Plan un evento calificado, se ofrecerá la continuación de la cobertura COBRA a cada uno de los beneficiarios calificados. Cada beneficiario calificado tendrá derecho, de forma independiente, a elegir la continuación de la cobertura COBRA. Los empleados cubiertos pueden elegir la continuación de la cobertura COBRA en nombre de sus cónyuges, y los padres pueden elegirla en nombre de sus hijos.

La continuación de la cobertura COBRA es una continuación temporal de la cobertura que suele durar 18 meses debido a la finalización del empleo o a la reducción de las horas de trabajo. Algunos eventos calificados o un segundo evento calificado durante el periodo inicial de la cobertura pueden hacer que el beneficiario reciba un máximo de 36 meses de cobertura.

Existen otras formas en las que se puede extender el periodo de 18 meses de continuación de la cobertura COBRA:

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

Si la Administración del Seguro Social determina que usted o cualquier persona de su familia cubierta por el Plan es discapacitada y lo notifica al Administrador del Plan de forma oportuna, usted y toda su familia pueden calificar para recibir hasta 11 meses adicionales de la continuación de la cobertura COBRA, por un total máximo de 29 meses. La discapacidad debe haber comenzado en algún momento antes del día 60 de la continuación de la cobertura COBRA y debe durar al menos hasta el final del periodo de 18 meses de esta. [Agregue una descripción de cualquier procedimiento adicional del Plan para esta notificación, incluida una descripción de cualquier información o documentación requerida, el nombre de la parte correspondiente a la que debe enviarse la notificación y el plazo para realizarla].

Extensión del periodo de 18 meses de la continuación de la cobertura por un segundo evento calificado

Si su familia experimenta otro evento calificado durante los 18 meses de la continuación de la cobertura COBRA, su cónyuge y los hijos dependientes en su familia pueden recibir hasta 18 meses adicionales de continuación de la cobertura COBRA durante un periodo máximo de 36 meses si se notifica de forma apropiada al Plan acerca del segundo evento calificado. Esta extensión puede estar disponible para su cónyuge e hijos dependientes que reciben la continuación de la cobertura si el empleado o ex empleado fallece, comienza a calificar para recibir beneficios de Medicare (de la Parte A, la Parte B o ambas) o se divorcia o separa legalmente, o bien, si sus hijos dependientes dejan de ser elegibles para el plan como hijos dependientes. Esta extensión solo está disponible si el segundo evento calificado hubiera provocado que el cónyuge o el hijo dependiente perdieran la cobertura del Plan de no haberse producido el primer evento calificado.

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

Sí. En lugar de inscribirse en la continuación de la cobertura COBRA, puede haber otras opciones de cobertura para usted y su familia a través del Mercado de Seguros Médicos, Medicare, Medicaid, el Programa de Seguro de Salud Infantil (Children's Health Insurance Program, CHIP) u otras opciones de cobertura de planes de salud colectivos (como el plan de un cónyuge) a través de lo que se llama un "periodo de inscripción especial". Algunas de estas opciones pueden costar menos que la continuación de la cobertura COBRA. Puede conocer más acerca de estas opciones en www.healthcare.gov.

©2024 Brown & Brown Insurance Services, Inc. Todos los derechos reservados.

¿Me puedo inscribir en Medicare en vez de inscribirme en la continuación de la cobertura COBRA después de que termine la cobertura de mi plan de salud colectivo?

En general, si no se inscribe en la Parte A o B de Medicare cuando es elegible por primera vez porque es empleado todavía, después del periodo de inscripción inicial de Medicare, tiene un periodo de inscripción especial de 8 meses para registrarse en la Parte A o B de Medicare, que comienza a partir de lo que ocurra primero

- El mes siguiente a la finalización de su empleo; o
- El mes siguiente a la finalización de la cobertura del plan de salud colectivo basado en el empleo actual.

Si no se inscribe en Medicare y, en su lugar, elige la continuación de la cobertura COBRA, podría tener que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte B y podría tener una interrupción en la cobertura si decide que quiere la Parte B más adelante. Si elige la continuación de la cobertura COBRA y más adelante se inscribe en la Parte A o B de Medicare antes de que termine la continuación de la cobertura COBRA, el Plan podría terminar la continuación de su cobertura. Sin embargo, si la Parte A o B de Medicare entra en vigencia en o antes de la fecha de elección de la COBRA, es posible que la cobertura COBRA no se suspenda debido a su derecho a Medicare, incluso si se inscribe en la otra parte de Medicare después de la fecha de elección de la cobertura de COBRA.

Si está inscripto tanto en la continuación de la cobertura COBRA como en Medicare, Medicare por lo general pagará primero (pagador principal) y la continuación de la cobertura COBRA lo hará en segundo lugar. Algunos planes pueden pagar como si fuesen secundarios a Medicare, incluso si usted no está inscrito en Medicare.

Para más información, visite https://www.medicare.gov/medicare-and-you.

Si tiene alguna pregunta

Las preguntas con respecto a su Plan o a sus derechos de continuación de la cobertura COBRA deben hacerse a los contactos que figuran debajo. Para obtener más información sobre sus derechos según la Ley de Garantía de los Ingresos por Jubilación del Empleado (Employee Retirement Income Security Act, ERISA), incluidas COBRA, la Ley de Protección al Paciente y Atención Médica Asequible y otras leyes que afectan a los planes de salud colectivos, póngase en contacto con la oficina regional o de distrito más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (Employee Benefits Security Administration, EBSA) del Departamento de Trabajo de EE.UU. de su área o visite www.dol.gov/ebsa. (Las direcciones y los números de teléfono de las oficinas regionales y del distrito de la EBSA se encuentran disponibles en el sitio web de EBSA). Para obtener más información acerca del Mercado, visite www.HealthCare.gov.

Informe al plan de cualquier cambio de domicilio

Para proteger los derechos de su familia, comunique al Administrador del Plan cualquier cambio de domicilio de los miembros de su familia. También debe guardar una copia de los avisos que envíe al Administrador del Plan para sus registros.

Información de contacto del plan

Stetson University

ATTN: Christopher Chellberg

421 N. Woodland Blvd

DeLand, FL 32723

cchellbe@stetson.edu

386-740-2535

©2024 Brown & Brown Insurance Services, Inc. Todos los derechos reservados.

Aviso sobre los derechos especiales de inscripción

Este aviso es para ayudarlo a comprender su derecho a aplicar para la cobertura de seguro de salud colectivo. Debe leer este aviso incluso si decide renunciar a la cobertura de salud en este momento.

Pérdida de otra cobertura

Si rechaza la cobertura para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a la cobertura de otro seguro médico o plan de salud colectivo, es posible que pueda inscribirse a sí mismo y a sus dependientes en este Plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si la empresa deja de contribuir a su otra cobertura o a la de sus dependientes). No obstante, deberá solicitar la afiliación en los 30 días siguientes a la finalización de su otra cobertura o la de sus dependientes (o después de que la empresa deje de contribuir a la otra cobertura).

Matrimonio, nacimiento o adopción

Si tiene un nuevo dependiente como consecuencia de un matrimonio, nacimiento, adopción o entrega en adopción, es posible que pueda inscribirse a sí mismo y a sus dependientes. No obstante, deberá solicitar la afiliación en los 30 días siguientes al matrimonio, nacimiento o entrega en adopción.

Medicaid o CHIP

Si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) o se vuelven elegibles para un subsidio de asistencia para el pago de las primas por Medicaid o CHIP, puede inscribirse tanto usted como a sus dependientes. Debe solicitar la inscripción en un plazo de 60 días de la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP o de haberse determinado su elegibilidad para el subsidio de asistencia para el pago de las primas.

Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, comuníquese con el Administrador del Plan (consulte la portada para obtener información de contacto).

Ley de Protección de Salud de Recién Nacidos y Madres

En general y en virtud de las leyes federales, los planes de salud colectivos y los emisores de seguros médicos no restringirán beneficios por ninguna duración de la estadía hospitalaria en relación al parto para la madre ni para el recién nacido hasta menos de 48 horas después de un parto natural, o a menos de 96 horas después en el caso de una cesárea. Sin embargo, las leyes federales en general no prohíben que el médico tratante de la madre o del recién nacido, después de consultar con la madre, les dé de alta a la madre o al recién nacido antes de las 48 horas (o de las 96 horas, según corresponda). En ningún caso y en virtud de las leyes federales, ni los planes ni quienes los emiten pueden solicitar que un proveedor obtenga una autorización del plan o del emisor para indicar una hospitalización que no supere las 48 horas (o las 96 horas si corresponde).

Ley de No Discriminación por Información Genética (Genetic Information Nondiscrimination Act, GINA)

La Ley de No Discriminación por Información Genética de 2008 protege a los empleados contra la discriminación basada en su información genética. A menos que se permita lo contrario, su empleador no puede solicitar ni exigir ninguna información genética de usted ni de los miembros de su familia.

La Ley GINA prohíbe a los empleadores y a otras entidades cubiertas por el Título II de GINA solicitar o exigir información genética de una persona o de un miembro de su familia, excepto en los casos específicamente permitidos por esta ley.

Para cumplir con esta ley, le solicitamos que no proporcione ninguna información genética al responder a esta solicitud de información médica. La “Información genética”, tal como la define GINA, incluye el historial médico familiar de un individuo, los resultados de pruebas genéticas, el hecho de que un miembro buscó o recibió servicios genéticos y la información genética de un feto llevado por un miembro o un embrión que se encuentra legalmente en poder de un miembro reciba servicios de asistencia reproductiva.

Ley de Paridad en Salud Mental y Adicciones

La Ley de Paridad de Salud Mental y Adicciones de 2008 generalmente exige que los planes de salud colectivos y los emisores de seguros de salud garanticen que los requisitos financieros (como copagos y deducibles) y las limitaciones de tratamiento (como los límites de visitas anuales) aplicables a la salud mental o el trastorno por uso de sustancias. Los beneficios no son más restrictivos que los requisitos o limitaciones predominantes que se aplican sustancialmente a todos los beneficios médicos o quirúrgicos. Para obtener más información sobre los criterios para las determinaciones de necesidad médica realizadas según el plan de su empleador con respecto a los beneficios de salud mental o trastorno por uso de sustancias, comuníquese con el Administrador de su Plan al (consulte la portada para obtener información de contacto).

©2024 Brown & Brown Insurance Services, Inc. Todos los derechos reservados.

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

Si ha tenido o tendrá que hacerse una mastectomía, pueden corresponderle ciertos beneficios en virtud de la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer (WHCRA, Women's Health and Cancer Rights Act) de 1998. La Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer exige que los planes de salud colectivos y sus compañías de seguros y HMO brinden ciertos beneficios a las pacientes de mastectomía que elijan la reconstrucción mamaria. Para personas que reciban beneficios en relación a una mastectomía, se proporcionará cobertura de la manera que se determine en la consulta entre el médico tratante y la paciente para:

Todas las etapas de reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía; cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica; prótesis; y tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema.

Los beneficios de reconstrucción mamaria están sujetos a deducibles y limitaciones de coaseguro que son consistentes con los establecidos para otros beneficios del plan. Si desea obtener más información sobre los beneficios de WHCRA, comuníquese con el Administrador de su Plan (consulte la portada para obtener información de contacto).

Ley de Michelle

Cuando un hijo dependiente pierde su condición de estudiante para los fines de la cobertura del plan de salud colectivo como resultado de una licencia médicamente necesaria de una institución de educación postsecundaria, el plan de salud colectivo continuará brindando cobertura durante la licencia de ausencia por hasta un año, o hasta que la cobertura termine de otro modo según el plan de salud colectivo, lo que ocurra primero.

Para obtener información adicional, comuníquese con el Administrador de su plan (consulte la portada para obtener información de contacto).

Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados de 1994 (Uniformed Services Employment and Re-Employment Rights Act, USERRA)

La Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados de 1994 (USERRA) establece los requisitos para la continuación de la cobertura médica y el reempleo con respecto a la excedencia militar de un empleado. Estos requisitos se aplican a la cobertura médica y dental para usted y sus dependientes. No se aplican a ninguna cobertura de vida, por incapacidad a corto o largo plazo o por muerte accidental y desmembramiento que pueda tener. Una explicación completa de USERRA y sus derechos excede el alcance de este documento. Si desea obtener más información, consulte la Descripción Resumida del Plan (SPD) de cualquiera de nuestras coberturas de seguro colectivo o visite este sitio: http://www.dol.gov/vets/programs/userra/main.htm

Una fuente alternativa es VETS. Puede comunicarse con ellos llamando al 1-866-4-USA-DOL o visitar este sitio web: http://www.dol.gov/vets

Puede consultar un asesor interactivo en línea sobre USERRA en http://www.dol.gov/elaws/userra.htm

©2024 Brown & Brown Insurance Services, Inc. Todos los derechos reservados.

Opciones de cobertura del mercado de seguros médicos y su cobertura médica

Formulario aprobado
OMB N° 1210-0149
(expira el 12-31-2026)

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 ("Marketplace"). Para asistirlo al evaluar opciones para usted y su familia, este aviso le brinda información básica sobre el Mercado de Seguros Médicos y la cobertura médica por empleo que le ofrece su empleador.

¿Qué es el Mercado de Seguros Médicos?

El Mercado se diseñó para ayudarlo a encontrar un seguro médico que se adapte a sus necesidades y a su presupuesto. El Mercado de Seguros Médicos le ofrece la posibilidad de encontrar y comparar opciones de seguros médicos privados en un solo lugar, en su área geográfica.

¿Puedo ahorrar dinero en mis primas de seguros médicos en el Mercado?

Usted puede calificar para ahorrar dinero y reducir su prima mensual y otros gastos directos, pero solo si su empleador no ofrece cobertura u ofrece cobertura que no se considera asequible y no cumple con ciertos estándares de valores mínimos (analizado a continuación). Los ahorros para los que sea elegible dependen de su ingreso familiar. También puede ser elegible para un crédito fiscal que reduzca sus costos.

¿La cobertura de salud del empleador afecta la elegibilidad para los ahorros de primas a través del Mercado?

Sí. Si tiene una oferta de cobertura médica de su empleador que considere asequible y cumpla con ciertos estándares de valores mínimos, quizá no sea elegible para un crédito fiscal o pago por adelantado del crédito tributario para su cobertura de Marketplace y es posible que desee inscribirse en su plan de salud basado en el empleo. Sin embargo, puede ser elegible para un crédito fiscal y pagos por adelantado del crédito que reduce su prima mensual o una reducción en ciertos costos compartidos, si su empleador no le ofrece cobertura que considere asequible o cumpla con los estándares de valores mínimos. Si su participación del costo de la prima de todos los planes ofrecidos 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 el estándar de "valor mínimo" establecido por la Ley de Atención Médica Asequible, puede ser elegible para un crédito tributario y un adelanto del pago de un 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 la prima del empleado para los planes menos costosos, que cubrirían a todos los miembros de la familia, no excede el 9.12% del ingreso familiar del empleado.[1,2]

Nota: Si adquiere un plan de salud a través de Marketplace en lugar de aceptar la cobertura médica ofrecida a través de su empleo, entonces puede perder el acceso a lo que el empleador contribuya a la cobertura basada en el empleo. Además, esta contribución del empleador, así como su contribución de empleado para la cobertura basada en el empleo, generalmente se excluye de los ingresos para propósitos de impuestos estatales y federales. Sus pagos por la cobertura a través de Marketplace se realizan

después de impuestos. Además, tenga en cuenta que si la cobertura de salud ofrecida a través de su empleo no cumple con los estándares de asequibilidad o de valor mínimo, pero acepta la cobertura de todas formas, no será elegible para el crédito fiscal. Debe considerar todos estos factores en la determinación de la compra de un plan de salud a través de Marketplace.

¿Cuándo puedo inscribirme en una cobertura de seguro de salud a través de Marketplace?

Puede inscribirse en un plan de seguro de salud de Marketplace durante el período de inscripción abierta anual de Marketplace. La inscripción abierta varía según el estado, pero generalmente comienza el 1 de noviembre y continúa al menos hasta el 15 de diciembre.

Por fuera del periodo de inscripción abierta anual, puede inscribirse en el seguro médico si califica para un periodo de inscripción especial. En general, califica para un periodo de inscripción especial si ha tenido ciertos eventos de vida calificados, como un matrimonio, nacimiento, adopción o pérdida de elegibilidad para otra cobertura de salud.

[1] Indexado anualmente, consulte https://www.irs.gov/pub/irs-drop/rp-22-34.pdf para 2023.

[2] Un plan de salud patrocinado por el empleador u otro plan de salud basado en el empleo cumplen con el "estándar de valor mínimo" si la participación del plan del total de los costos de los beneficios permitidos en virtud del plan no es menor al 60% de dichos costos. A los efectos de elegibilidad para el crédito fiscal sobre la prima, para cumplir con el "estándar de valor mínimo", el plan de salud también debe brindar una cobertura sustancial tanto de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados como de servicios médicos.

©2024 Brown & Brown Insurance Services, Inc. Todos los derechos reservados.

Dependiendo del tipo de su periodo de inscripción especial, puede tener 60 días previos o 60 días posteriores al evento de vida calificado para inscribirse en un plan de Marketplace.

¿Hay alternativas a la cobertura del Mercado de Seguros Médicos?

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 Periodo de Inscripción Especial para inscribirse en ese plan de salud en determinadas circunstancias, incluso si usted o sus dependientes estaban inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP y la perdieron. En general, tiene 60 días posteriores a la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP para inscribirse en un plan de salud basado en el empleo.

Como alternativa, puede inscribirse en la cobertura de Medicaid o CHIP en cualquier momento al completar una solicitud a través de Marketplace o directamente a través de su organismo estatal de Medicaid. Visite https://www.healthcare.gov/medicaid-chip/getting-medicaid-chip/ para conocer más detalles. Si usted o los miembros de su familia están inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP, es importante que se asegure de que su información de contacto esté actualizada para poder recibir toda la información sobre cambios en su elegibilidad. Para más información, visite HealthCare.gov o llame al centro de llamadas de Marketplace al 1-800-318-2596. Los usuarios de TTY pueden comunicarse al 1-855-889-4325.

¿Cómo puedo obtener más información?

Si desea obtener más información sobre la cobertura ofrecida a través de su empleo, consulte la descripción resumida del plan de su plan de salud o comuníquese con Christopher Chellberg at 386-740-2535 or cchellbe@stetson.edu.

Marketplace puede ayudarlo a evaluar sus opciones de cobertura, incluida su elegibilidad para la cobertura a través de Marketplace y su costo. Visite **HealthCare.gov** para obtener más información, incluida una solicitud en línea de cobertura médica y la información de contacto de las posibilidades que ofrece el Mercado de Seguros Médicos en su área.

©2024 Brown & Brown Insurance Services, Inc. Todos los derechos reservados.

PARTE B: Información sobre la cobertura médica que ofrece su empleador

Esta sección contiene información sobre todas las coberturas médicas que ofrece su empleador. Si decide completar una solicitud de cobertura en Marketplace, se le solicitará esta información. Esta información está numerada para que corresponda a la solicitud de Marketplace.

3. Nombre del empleador **Stetson University**		**4. Número de identificación del empleador (Employer Identification Number, EIN)** **59-0624416**
5. Dirección del empleador **421 N. Woodland Blvd**		**6. Número de teléfono del empleador** **386-740-2535**
7. Ciudad **DeLand**	**8. Estado** **FL**	**9. Código postal** **32723**
10. ¿Con quién podemos comunicarnos con respecto a la cobertura de salud en este trabajo? **Christopher Chellberg**		
11. Número de teléfono (si es diferente al anterior)	**12. Correo electrónico** **cchellbe@stetson.edu**	

A continuación, se presenta información básica acerca de 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: a tiempo completo, trabajando 32 horas/semana o más

Con respecto a los dependientes:

☑ Sí ofrecemos cobertura. Los dependientes elegibles son: Esposo/a o pareja de hecho, hijos, hijastros, hijos de la pareja de hecho, hijos bajo tu tutela hasta los 26 años. La cobertura puede extenderse hasta los 30 años para Médico, Dental y Visión si se cumplen ciertos criterios.

☐ No ofrecemos cobertura.

☑ Si selecciona esta opción, esta cobertura cumple con el estándar de valor mínimo y la intención es que el costo resulte asequible para usted, con base en su salario como empleado.

**Aunque su empleador pretenda que esta cobertura sea asequible, es posible que pueda optar a un descuento en la prima a través de Marketplace. Marketplace utilizará los ingresos familiares, junto con otros factores, para determinar si puede ser elegible para un descuento de prima. Si, por ejemplo, su salario varía de una semana a otra (quizás es un empleado por horas o trabaja por comisión), si es un empleado nuevo a mitad de año, o si tiene otras pérdidas de ingresos, aún puede calificar para un descuento de prima.

Si decide comprar cobertura en Marketplace, **HealthCare.gov** lo guiará a través del proceso.

©2024 Brown & Brown Insurance Services, Inc. Todos los derechos reservados.

Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Este aviso describe cómo se puede utilizar y divulgar su información médica y cómo puede acceder a ella. **Por favor, revíselo detenidamente.**

Fecha de actualización: 9/29/26

Funcionario encargado de la privacidad:	Christopher Chellberg
Cargo:	Associate Director, People Operations
Correo electrónico:	chellbe@stetson.edu
Teléfono:	386-740-2535

Sus derechos

Usted tiene derecho a lo siguiente:

- Obtener una copia de sus expedientes médicos y de reclamaciones
- Corregir sus expedientes médicos y de reclamaciones
- Solicitar comunicación confidencial
- Solicitar que se limite la información que compartimos
- Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información
- Obtener una copia de este aviso de privacidad
- Elegir a alguien para que actúe en su nombre
- Presentar una queja si cree que sus derechos de privacidad han sido vulnerados

Sus opciones

Si tiene alguna preferencia en la forma en que usamos y compartimos la información cuando ocurra lo siguiente:

- Respondemos preguntas de su familia o amigos sobre la cobertura
- Proporcionamos ayuda en caso de desastres
- Comercializamos nuestros servicios y vendemos su información

Nuestros usos y divulgaciones

Puede que usemos o compartamos su información cuando ocurra lo siguiente:

- Ayudar a gestionar el tratamiento de salud que recibe
- Operemos nuestra organización
- Pagar sus servicios de salud
- Administremos su plan de salud
- Ayudemos con cuestiones de seguridad y salud pública
- Realizar una investigación
- Cumplir con la ley
- Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un médico forense o director de funerarias.
- Atender las solicitudes de indemnización de los trabajadores, de las fuerzas de seguridad y de otras administraciones públicas.
- Responder a demandas y acciones legales

©2024 Brown & Brown Insurance Services, Inc. Todos los derechos reservados.

Sus derechos

Cuando se trata de su información de salud, usted goza de ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

Obtener una copia de sus expedientes médicos y reclamaciones

Puede solicitar ver u obtener una copia de sus expedientes médicos y de reclamaciones y otra información médica que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo. Le entregaremos una copia o un resumen de sus expedientes médicos y de reclamaciones, por lo general dentro de los 30 días siguientes a su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en los costos.

Pedirnos que corrijamos sus expedientes médicos y de reclamaciones

Puede solicitarnos que corrijamos sus expedientes médicos y de reclamaciones si cree que están incorrectos o incompletos. Pregúntenos cómo hacerlo. Podemos dar un “no” a su solicitud, pero le informaremos el motivo por escrito dentro de un periodo de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, al teléfono de su domicilio o de su oficina) o que le enviemos la correspondencia a otra dirección. Tendremos en cuenta todas las solicitudes razonables, y debemos dar un "sí" en caso de que nos indique que estaría en peligro si no lo hacemos.

Pedirnos que limitemos lo que usamos o compartimos

Puede pedirnos que no utilicemos ni compartamos determinada información de salud para fines de tratamiento, pago o nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos dar un "no" si eso afectara su atención médica.

Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

Puede pedir una lista (rendición) de las veces que hemos compartido su información de salud durante los seis años previos a la fecha de su solicitud, con quién la compartimos y por qué. Incluiremos todas las divulgaciones excepto las relativas al tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y algunas otras divulgaciones (como cualquiera que usted nos haya pedido que hagamos). Proporcionaremos una lista anual gratis, pero cobraremos un cargo razonable basado en los costos si pide otra dentro de los 12 meses siguientes.

Obtener una copia de este aviso de privacidad

Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, aunque haya acordado recibirlo en formato electrónico. Le entregaremos una copia impresa sin demora.

Elegir a alguien para que actúe en su nombre

Si ha otorgado un poder médico a una persona o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones acerca de su información de salud. Nos aseguraremos de que la persona tenga esta facultad y de que pueda actuar en su representación antes de que tomemos cualquier medida.

Presentar una queja si siente que sus derechos han sido vulnerados

Puede quejarse si cree que hemos violado sus derechos comunicándose con nosotros por medio de la información de la página 1. Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/. No tomaremos represalias en su contra por el hecho de presentar una queja.

Sus opciones

Para determinada información de salud, puede informarnos sus preferencias en cuanto a lo que compartimos. Infórmenos si tiene una preferencia clara respecto de la forma en que compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación. Díganos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de decirnos que hagamos lo siguiente:

- Compartir información con su familia, amigos cercanos u otras personas que participan en su cuidado.
- Compartir información en una situación de ayuda en caso de desastres.
- *Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo si está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. Asimismo, podemos compartir su información si es necesario para disminuir una amenaza grave o inminente para su salud o seguridad.*

En estos casos, nunca compartimos su información a menos que nos autorice por escrito:

- Fines de mercadeo
- Venta de su información

Nuestros usos y divulgaciones

¿Cómo usamos o compartimos normalmente su información de salud? Por lo general, usamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras:

©2024 Brown & Brown Insurance Services, Inc. Todos los derechos reservados.

Ayudar a gestionar el tratamiento de salud que recibe

Podemos utilizar su información de salud y compartirla con otros profesionales que lo están tratando.

Ejemplo: Un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos coordinar servicios adicionales.

Dirigir nuestra organización

Podemos usar y divulgar su información para dirigir nuestra organización y contactarlo cuando sea necesario. No podemos usar información genética para decidir si le brindaremos cobertura y el precio de esa cobertura. No aplica a los planes de atención a largo plazo.

Ejemplo: Usamos su información de salud para desarrollar mejores servicios para usted.

Pagar sus servicios de salud

Podemos usar y divulgar su información de salud mientras pagamos sus servicios de salud.

Ejemplo: Compartimos información sobre usted con su plan dental para coordinar el pago de su procedimiento dental.

Administrar su plan

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

Ejemplo: Su empresa tiene un contrato con nosotros para proporcionar un plan de salud y le brindamos a su empresa algunas estadísticas para explicar las primas que cobramos.

¿De qué otra forma podemos utilizar o compartir su información de salud? Se nos permite o solicita que compartamos su información de otras formas, usualmente para contribuir al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir muchas condiciones en la ley antes de que podamos compartir su información para estos propósitos. Para más información, consulte: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Ayudemos con cuestiones de seguridad y salud pública

Podemos compartir información de salud acerca de usted en determinados casos, como:

- Prevención de una enfermedad.
- Ayuda con retiro de productos del mercado
- Informe de reacciones adversas a medicamentos
- Informe de supuesto abuso, negligencia o violencia intrafamiliar
- Prevención o reducción de una amenaza grave para la salud o seguridad de una persona

Realizar una investigación

Podemos usar y compartir su información de salud para fines de investigación.

Cumplir con la ley

Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo exigen, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quiere comprobar que cumplimos la ley federal de privacidad.

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

Podemos compartir información de salud acerca de usted con organizaciones para la obtención de órganos. Podemos compartir información de salud con un médico forense, un examinador médico o un director de funeraria cuando fallece una persona.

Atender las solicitudes de indemnización de los trabajadores, de las fuerzas de seguridad y de otras administraciones públicas.

Podemos utilizar o compartir información médica sobre usted:

- Reclamaciones de los trabajadores sobre la indemnización laboral
- Para fines policiales o con un funcionario encargado de hacer cumplir la ley
- Con organismos de control médico para actividades autorizadas por la ley
- Para funciones gubernamentales especiales como los servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial.

Responder a demandas y acciones legales

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

Nuestras responsabilidades

La ley nos exige mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida. Le informaremos de inmediato si se produce un incumplimiento que pueda haber afectado la privacidad o seguridad de su información.

Debemos cumplir las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en este aviso y hacerle entrega de una copia. No utilizaremos ni compartiremos su información de otro modo que el aquí descrito, a menos que nos indique por escrito que podemos hacerlo. Si nos indica que podemos hacerlo, puede cambiar de idea en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

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

Cambios en las condiciones de este aviso

- Podemos modificar las condiciones de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos acerca de usted. El nuevo aviso estará disponible a solicitud, en nuestro sitio web, y le enviaremos una copia por correo.

©2024 Brown & Brown Insurance Services, Inc. Todos los derechos reservados.

Asistencia con el pago de las primas en virtud de Medicaid y del Programa de Seguro de Salud Infantil (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o para CHIP y usted es elegible para recibir una cobertura médica de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia con el pago de las primas para ayudarlo a pagar su cobertura, utilizando fondos de sus programas de Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid ni para CHIP, no será elegible para estos programas de asistencia con el pago de las primas, pero quizás pueda comprar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros de Salud. Para más información, visite www.healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y viven en uno de los estados de la lista que se presenta a continuación, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para saber si hay algún tipo de ayuda disponible para el pago de las primas.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP y cree que usted o alguno de sus dependientes pueden ser elegibles para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado o llame al 1-877-KIDS NOW o www.insurekidsnow.gov para saber cómo realizar una solicitud. Si usted califica, pregunte al estado si tiene un programa que pueda ayudarlo a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir asistencia con el pago de la prima bajo Medicaid o CHIP, además de ser elegibles para el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en su plan si no se encuentra ya inscrito. Esto se denomina oportunidad de “inscripción especial” y deberá solicitar cobertura dentro de los 60 días de haberse determinado que es elegible para recibir asistencia para el pago de las primas. Si tiene alguna pregunta sobre la inscripción al plan de su empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo mediante www.askebsa.dol.gov o llame al 1-866-444-EBSA (3272).

Si vive en alguno de los siguientes estados, también puede ser elegible para obtener asistencia para el pago de las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada a 31 de julio de 2025. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad –

ALABAMA – Medicaid	ALASKA – Medicaid
Sitio web: http://myalhipp.com/ Teléfono: 1-855-692-5447	Programa de Pago de Primas del Seguro de Salud de AK Sitio web: http://myakhipp.com/ Teléfono: 1-866-251-4861 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)	Sitio web del Programa de Pago de Primas del Seguro de Salud (HIPP): http://dhcs.ca.gov/hipp Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov

©2024 Brown & Brown Insurance Services, Inc. Todos los derechos reservados.

COLORADO - Health First Colorado (Programa de Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)	FLORIDA – Medicaid
Sitio web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/ Centro de atención a miembros de Health First Colorado: 1-800-221-3943/Servicio de relevo 711 CHP+: https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus Servicio al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/Servicio de relevo 711 Programa de afiliación de seguro de salud (HIBI): https://www.mycohibi.com/ Servicio al Cliente de HIBI: 1-855-692-6442	Sitio web: https://www.flmedicaidtplrecovery.com/flmedicaidtplrecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268
GEORGIA – Medicaid	**INDIANA – Medicaid**
Sitio web de GA HIPP: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162, presione 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, presione 2	Programa de Pago de Primas del Seguro de Salud Todos los demás Medicaid Sitio web: https://www.in.gov/medicaid/ http://www.in.gov/fssa/dfr/ Administración de Servicios a Familias y Sociales Teléfono: 1-800-403-0864 Teléfono de Servicios para Miembros: 1-800-457-4584
IOWA - Medicaid y CHIP (Hawki)	**KANSAS – Medicaid**
Sitio web de Medicaid: Medicaid de Iowa | Servicios de Salud & Humanos Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366 Sitio web de Hawki: Hawki - Niños Saludables y Sanos de Iowa | Servicios de Salud & Humanos Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563 Sitio web de HIPP: Programa de Pago de Primas del Seguro de Salud (HIPP) | Servicios de Salud y Humanos (iowa.gov) Teléfono de HIPP: 1-888-346-9562	Sitio web: https://www.kancare.ks.gov/ Teléfono: 1-800-792-4884 Teléfono de HIPP: 1-800-967-4660
KENTUCKY – Medicaid	**LOUISIANA – Medicaid**
Sitio web del Programa de Pago de Primas del Seguro de Salud Integrado de Kentucky (KI-HIPP): https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Teléfono: 1-855-459-6328 Correo electrónico: KIHIPP.PROGRAM@ky.gov Sitio web de KCHIP: https://kynect.ky.gov Teléfono: 1-877-524-4718 Sitio web de Medicaid Kentucky: https://chfs.ky.gov/agencies/dms	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)

©2024 Brown & Brown Insurance Services, Inc. Todos los derechos reservados.

MAINE – Medicaid	MASSACHUSETTS - Medicaid y CHIP
Sitio web de inscripción: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Servicio de relevo de Maine 711 Sitio web de Primas del Seguro de Salud Privado: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-977-6740 TTY: Servicio de relevo de Maine 711	Sitio web: https://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840 TTY: 711 Correo electrónico: masspremassistance@accenture.com
MINNESOTA – Medicaid	**MISSOURI – Medicaid**
Sitio web: https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/ Teléfono: 1-800-657-3672	Sitio web: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005
MONTANA - Medicaid	**NEBRASKA - Medicaid**
Sitio web: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084 Correo electrónico: HHSHIPPProgram@mt.gov	Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178
NEVADA – Medicaid	**NEW HAMPSHIRE – Medicaid**
Sitio web de Medicaid: http://dhcfp.nv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900	Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Teléfono: 603-271-5218 Número gratuito del programa HIPP: 1-800-852-3345, ext. 15218 Correo electrónico: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov
NUEVA JERSEY - Medicaid y CHIP	**NUEVA YORK - Medicaid**
Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Teléfono: 1-800-356-1561 Teléfono de Asistencia Premium de CHIP: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710 (TTY: 711)	Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831
CAROLINA DEL NORTE - Medicaid	**DAKOTA DEL NORTE- Medicaid**
Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov/ Teléfono: 919-855-4100	Sitio web: https://www.hhs.nd.gov/healthcare Teléfono: 1-844-854-4825
OKLAHOMA - Medicaid y CHIP	**OREGON – Medicaid y CHIP**
Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742	Sitio web: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-800-699-9075

©2024 Brown & Brown Insurance Services, Inc. Todos los derechos reservados.

PENNSYLVANIA – Medicaid y CHIP	RHODE ISLAND - Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html Teléfono: 1-800-692-7462 Sitio web de CHIP: Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) (pa.gov) Teléfono de CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)	Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 1-855-697-4347 o 401-462-0311 (línea directa de Rite Share)
CAROLINA DEL SUR - Medicaid	**DAKOTA DEL SUR - Medicaid**
Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820	Sitio web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059
TEXAS – Medicaid	**UTAH - Medicaid y CHIP**
Sitio web: Programa de Pago de Primas del Seguro de Salud (HIPP) | Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas Teléfono: 1-800-440-0493	Sitio web de la Asociación Premium de Utah para Seguros de Salud (UPP): https://medicaid.utah.gov/upp/ Correo electrónico: upp@utah.gov Teléfono: 1-888-222-2542 Sitio web de Expansión de Adulto: https://medicaid.utah.gov/expansion/ Sitio web del Programa de Adquisición de Medicaid de Utah: https://medicaid.utah.gov/buyout-program/ Sitio web de CHIP: https://chip.utah.gov/
VERMONT - Medicaid	**VIRGINIA - Medicaid y CHIP**
Sitio web: Programa de Pago de Primas del Seguro de Salud (HIPP) | Departamento de Acceso a la Salud de Vermont Teléfono: 1-800-250-8427	Sitio web: https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs Teléfono de Medicaid y CHIP: 1-800-432-5924
WASHINGTON – Medicaid	**VIRGINIA OCCIDENTAL - Medicaid y CHIP**
Sitio web: https://www.hca.wa.gov/ Teléfono: 1-800-562-3022	Sitio web: https://dhhr.wv.gov/bms/ http://mywvhipp.com/ Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 Línea telefónica gratuita de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)
WISCONSIN - Medicaid y CHIP	**WYOMING – Medicaid**
Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002	Sitio web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Teléfono: 1-800-251-1269

Para ver si algún otro estado agregó un programa de asistencia con el pago de las primas desde el 31 de julio de 2025 o para obtener más información sobre derechos especiales de inscripción, comuníquese con:

El Departamento de Trabajo de Trabajo de EE. UU.
La Administración de Seguridad de Beneficios de Empleados
www.dol.gov/agencies/ebsa
1-866-444-EBSA (3272)

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.
Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
www.cms.hhs.gov
1-877-267-2323, Menú Opción 4, Ext. 61565

©2024 Brown & Brown Insurance Services, Inc. Todos los derechos reservados.

Brown & Brown, Inc. y todas sus filiales no proporcionan asesoramiento jurídico, normativo ni impositivo. Si necesita asesoramiento o representación jurídicos, deberá buscar los servicios de un profesional. La información en este documento tiene la intención de proporcionar una descripción general de los servicios que contiene. Brown & Brown, Inc. no presenta representaciones ni garantías en cuanto a la precisión y plenitud de este documento y no contrae ninguna obligación de actualizar o revisar el documento con base en información nueva o cambios futuros.

©2024 Brown & Brown Insurance Services, Inc. Todos los derechos reservados.