

## **Aviso del plan de indemnización hospitalaria/fijo - Vigente a partir del 1/1/26**

### **IMPORTANTE: Esta es una póliza de indemnización fija, NO un seguro de salud**

Esta póliza de indemnización fija puede pagarle una cantidad limitada en dólares si está enfermo u hospitalizado. Usted sigue siendo responsable de pagar el costo de su atención.

- El pago que recibe no se basa en el tamaño de su factura médica.
- Puede haber un límite en la cantidad que pagará esta póliza cada año.
- Esta póliza no sustituye al seguro médico integral.
- Dado que esta póliza no es un seguro de salud; no tiene que incluir la mayoría de las protecciones federales al consumidor que se aplican al seguro médico.

### **¿Buscas un seguro de salud integral?**

- Visite [Healthcare.gov](https://www.healthcare.gov) o llame al 1-800-318-2596 (TTY: 1-855-889-4325) para encontrar opciones de cobertura médica.
- Para saber si puede obtener un seguro médico a través de su trabajo o el trabajo de un familiar, comuníquese con el empleador.

### **¿Preguntas sobre esta política?**

Si tiene preguntas o quejas sobre esta póliza, comuníquese con el Departamento de Seguros de su estado. Encuentre su número en el sitio web de la Asociación Nacional de Comisiones de Seguros ([naic.org](https://www.naic.org)) en "Departamentos de seguros". Si tiene esta póliza a través de su trabajo o el trabajo de un miembro de la familia, comuníquese con el empleador.

**Su Aviso de la Parte D de Medicare es la primera sección de este paquete.** Algunos otros avisos clave incluyen CHIPRA, HIPAA Privacidad y Aviso de Opciones de Cobertura (Aviso del Mercado). Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el contacto mencionado anteriormente.

# Avisos importantes

1/1/26

## Asociación de Antiguos Alumnos de la Universidad de Stetson, Inc.

**Dirección postal** 421 N Woodland Blvd  
Deland, FL 32723

**Nombre de contacto** Jessica Williams

**Título del contacto** Administrador de beneficios

**Correo electrónico de contacto:** [jwilliams93@stetson.edu](mailto:jwilliams93@stetson.edu)

**Teléfono de contacto:** 386-822-7743



## **Aviso importante de la Universidad de Stetson, Inc. Acerca de su cobertura de medicamentos recetados y Medicare**

Lea atentamente este aviso y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados con Stetson University, Inc., Inc y sobre sus opciones bajo 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 está considerando inscribirse, debe comparar su cobertura actual, incluidos qué medicamentos están cubiertos a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su área. La 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 debe saber sobre su cobertura actual y la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

- 1) La cobertura de medicamentos recetados de Medicare estuvo disponible en 2006 para todos los que tienen Medicare. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare o se inscribe en un plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) que ofrece cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare brindan al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
- 2) Stetson University, Inc., Inc ha determinado que se espera que la cobertura de medicamentos recetados ofrecida por CVS/Caremark pague, en promedio para todos los participantes del plan, tanto como paga la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y, por lo tanto, se considera cobertura acreditable. Debido a que su cobertura existente es Cobertura Acreditable, puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una multa) si más adelante decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

### **¿Cuándo puede inscribirse 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 del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Sin embargo, si pierde su cobertura acreditable actual de medicamentos recetados, por causas ajenas a su voluntad, también será elegible para un Período Especial de Inscripción (SEP) de dos (2) meses para unirse a 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. Puede mantener esta cobertura si elige la Parte D y este plan se coordinará con la cobertura de la Parte D.

	CVS/Caremark		
Nombre del plan	BlueCare HMO	BlueOptions PPO	BlueCare HDHP
Venta al por menor (suministro para 1 mes)			Se aplica el deducible del año calendario
Genérico preferido	Copago de \$5	Copago de \$5	Copago de \$10
Marca preferida	Copago de \$75	Copago de \$75	Copago de \$75
Marca no preferida	Copago de \$150	Copago de \$150	Copago de \$150
Especialidad	30% de coseguro	30% de coseguro	30% de coseguro
Pedido por correo (suministro para 90 días)	2.5x Copago	2.5x Copago	2.5x Copago

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

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

También debe saber que si cancela o pierde su cobertura actual con este plan y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare

dentro de los 63 días continuos posteriores a la finalización de su cobertura actual, puede pagar una prima más alta (una multa) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si pasa 63 días continuos o más sin cobertura acreditable de medicamentos recetados, su prima mensual puede aumentar al menos un 1% de la prima base del beneficiario de Medicare por mes por cada mes que no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima puede ser consistentemente al menos un 19% más alta que la prima base del beneficiario de Medicare. Es posible que deba pagar esta prima más alta (una multa) siempre que tenga cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que tengas que esperar hasta el siguiente octubre para unirse.

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

La información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados se encuentra en el manual "Medicare y usted". Recibirá una copia del manual por correo todos los años de Medicare.

También es posible que los planes de medicamentos de Medicare se comuniquen directamente con usted.

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

- Visita [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte la contraportada interior de su copia del manual "Medicare y usted" para obtener su número de teléfono) para obtener ayuda personalizada
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene ingresos y recursos limitados, hay ayuda adicional disponible para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite el Seguro Social en la web al [www.socialsecurity.gov](http://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 deba proporcionar una copia de este aviso cuando se inscriba para demostrar si ha mantenido o no una cobertura acreditable y, por lo tanto, si debe pagar o no una prima**

O comuníquese con la persona que se indica a continuación.

**NOTA:** Recibirá este aviso cada año. También lo obtendrá antes del próximo período en el que puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, y si esta cobertura a través de **Stetson University, Inc., Inc** cambia. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

**Fecha de entrada en vigor:** 1 de enero de 2026

**Nombre del empleador:** Stetson University, Inc., Inc

**Nombre de contacto:** Jessica Williams

**Dirección:** 421 N. Woodland Blvd Deland FL 32723

**Teléfono:** 386-822-7743

**Correo electrónico:** [jwilliams93@law.stetson.edu](mailto:jwilliams93@law.stetson.edu)

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

(Para uso de planes de salud grupales de un solo empleador)

\*\* Derechos de continuación de cobertura bajo COBRA\*\*

## Introducción

Recibe este aviso porque recientemente obtuvo cobertura bajo un plan de salud grupal (el Plan). Este aviso tiene información importante sobre su derecho a la continuación de la cobertura de COBRA, que es una extensión temporal de la cobertura bajo el Plan. Este aviso explica la continuación de la cobertura de COBRA, cuándo puede estar disponible para usted y su familia, y qué debe hacer para proteger su derecho a obtenerla. Cuando sea elegible para COBRA, también puede ser elegible para otras opciones de cobertura que pueden costar menos que la continuación de la cobertura de COBRA.

El derecho a la continuación de la cobertura de COBRA fue creado por una ley federal, la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA). La continuación de la cobertura de COBRA puede estar disponible para usted y otros miembros de su familia cuando la cobertura de salud grupal terminaría de otra manera. Para obtener más información sobre sus derechos y obligaciones en virtud del Plan y de la ley federal, debe revisar la Descripción resumida del plan del Plan o comunicarse con el Administrador del Plan.

Es posible que tenga otras opciones disponibles cuando pierda la cobertura de salud grupal. 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, puede calificar para costos más bajos en sus primas mensuales y costos de bolsillo más bajos. Además, puede calificar para un período de inscripción especial de 30 días para otro plan de salud grupal para el que es elegible (como el plan de un cónyuge), incluso si ese plan generalmente no acepta afiliados tardíos.

## ¿Qué es la continuación de la cobertura de COBRA?

La continuación de la cobertura de COBRA es una continuación de la cobertura del Plan cuando de otro modo terminaría debido a un evento de vida. Esto también se llama "evento clasificatorio". Los eventos específicos que califican se enumeran más adelante en este aviso. Después de un evento calificado, se debe ofrecer la continuación de la cobertura de COBRA a cada persona que sea un "beneficiario calificado". Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios calificados si se pierde la cobertura del Plan debido al evento calificado. Según el Plan, los beneficiarios calificados que eligen la continuación de la cobertura de COBRA [elija e ingrese la información adecuada: deben pagar o no están obligados a pagar] para la continuación de la cobertura de COBRA.

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

- Sus horas de empleo se reducen, o
- Su empleo termina por cualquier motivo que no sea su mala conducta grave.

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

- Su cónyuge muere;
- Se reducen las horas de empleo de su cónyuge;
- El empleo de su cónyuge termina por cualquier motivo que no sea su mala conducta grave;
- Su cónyuge tiene derecho a los beneficios de Medicare (bajo 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 los siguientes eventos calificados:

- El padre-empleado muere;
- Se reducen las horas de empleo del padre-empleado;

- El empleo del padre-empleado termina por cualquier motivo que no sea su mala conducta grave;
- El padre-empleado tiene derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas);
- Los padres se divorcian o se separan legalmente; o
- El niño deja de ser elegible para la cobertura del Plan como "hijo dependiente".

### ¿Cuándo está disponible la continuación de la cobertura de COBRA?

El Plan ofrecerá la continuación de la cobertura de COBRA a los beneficiarios calificados solo después de que el Administrador del Plan haya sido notificado de que ha ocurrido un evento calificado. El empleador debe notificar al Administrador del Plan de los siguientes eventos calificados:

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

Para todos los demás eventos calificados (divorcio o separación legal del empleado y el cónyuge o la pérdida de la elegibilidad de un hijo dependiente para la cobertura como hijo dependiente), debe notificar al Administrador del Plan dentro de los 60 días posteriores a que ocurra el evento calificado. Debe proporcionar esto a la persona que figura en la "Información de contacto del plan", al final de este aviso, junto con la documentación de respaldo del evento de vida calificado.

### ¿Cómo se proporciona la continuación de la cobertura de COBRA?

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

La continuación de la cobertura de COBRA es una continuación temporal de la cobertura que generalmente dura 18 meses debido a la terminación del empleo o la reducción de horas de trabajo. Ciertos eventos calificados, o un segundo evento calificado durante el período inicial de cobertura, pueden permitir que un beneficiario reciba un máximo de 36 meses de cobertura.

### También hay formas en que se puede extender este período de 18 meses de continuación de la cobertura de COBRA:

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

Si el Seguro Social determina que usted o alguien de su familia cubierto por el Plan está discapacitado y notifica al Administrador del Plan de manera oportuna, usted y toda su familia pueden tener derecho a obtener hasta 11 meses adicionales de cobertura continua de COBRA, por un máximo de 29 meses. La discapacidad tendría que haber comenzado en algún momento antes del día 60 de la continuación de la cobertura de COBRA y debe durar al menos hasta el final del período de 18 meses de continuación de la cobertura de COBRA. [Agregue una descripción de cualquier procedimiento adicional del Plan para este aviso, incluida una descripción de cualquier información o documentación requerida, el nombre de la parte apropiada a quien se debe enviar el aviso y el período de tiempo para dar aviso.]

#### Segunda extensión de evento calificado del período de continuación de cobertura de 18 meses

Si su familia experimenta otro evento calificado durante los 18 meses de continuación de la cobertura de COBRA, el cónyuge y los hijos dependientes de su familia pueden obtener hasta 18 meses adicionales de continuación de la cobertura de COBRA, por un máximo de 36 meses, si el Plan es notificado adecuadamente sobre el segundo evento calificado. Esta extensión puede estar disponible para el cónyuge y los hijos dependientes que obtengan la continuación

de la cobertura de COBRA si el empleado o ex empleado fallece; tiene derecho a los beneficios de Medicare (bajo la Parte A, la Parte B o ambas); se divorcia o se separa legalmente; o si el hijo dependiente deja de ser elegible bajo el Plan como hijo dependiente. Esta extensión solo está disponible si el segundo evento calificado hubiera causado que el cónyuge o hijo dependiente perdiera la cobertura bajo el Plan si no hubiera ocurrido el primer evento calificado.

### ¿Existen otras opciones de cobertura además de la Continuación de la Cobertura COBRA?

Sí. En lugar de inscribirse en la continuación de la cobertura de 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 Médico para Niños (CHIP) u otras opciones de cobertura de planes de salud grupales (como el plan de un cónyuge) a través de lo que se llama un "período de inscripción especial". Algunas de estas opciones pueden costar menos que la continuación de la cobertura de COBRA. Puede obtener más información sobre muchas de estas opciones en [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov).

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

En general, si no se inscribe en la Parte A o B de Medicare cuando es elegible por primera vez porque todavía está empleado, después del período de inscripción inicial de Medicare, tiene un período de inscripción especial de 8 meses para inscribirse en la Parte A o B de Medicare, a partir de la primera de las siguientes fechas.

- El mes después de que finalice su empleo; o
- El mes después de que finalice la cobertura del plan de salud grupal basada en el empleo actual.

Si no se inscribe en Medicare y elige la continuación de la cobertura de COBRA, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte B y es posible que tenga una brecha en la cobertura si decide que desea la Parte B más adelante. Si elige la continuación de la cobertura de COBRA y luego se inscribe en la Parte A o B de Medicare antes de que finalice la continuación de la cobertura de COBRA, el Plan puede cancelar su continuación de cobertura. Sin embargo, si la Parte A o B de Medicare entra en vigencia en o antes de la fecha de la elección de COBRA, la cobertura de COBRA no puede suspenderse debido al derecho de Medicare, incluso si se inscribe en la otra parte de Medicare después de la fecha de elección de la cobertura de COBRA.

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

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

### Si tiene preguntas

Las preguntas relacionadas con su Plan o sus derechos de continuación de cobertura de COBRA deben dirigirse al contacto o contactos identificados a continuación. Para obtener más información sobre sus derechos bajo la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA), incluida COBRA, la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible y otras leyes que afectan 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) del Departamento de Trabajo de EE. UU. en su área o visite [www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa). (Las direcciones y números de teléfono de las oficinas regionales y distritales de EBSA están disponibles a través del sitio web de EBSA). Para obtener más información sobre el Mercado, visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov).

### Mantenga informado a su Plan sobre los cambios de dirección

Para proteger los derechos de su familia, informe al administrador del plan sobre cualquier cambio en las direcciones de los miembros de la familia. También debe guardar una copia, para sus registros, de cualquier aviso que envíe al Administrador del Plan.

### Información de contacto del plan

Asociación de Antiguos Alumnos de la Universidad de Stetson, Inc.

ATENCIÓN: Jessica Williams  
421 N Woodland Blvd  
Deland, FL, 32723  
jwilliams93@stetson.edu  
386-822-7743

## **Aviso de derechos especiales de inscripción**

Este aviso se proporciona para ayudarlo a comprender su derecho a solicitar cobertura de salud grupal. Debe leer este aviso incluso si planea renunciar a la cobertura de salud en este momento.

### **Pérdida de otra cobertura**

Si está rechazando la cobertura para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a otro seguro de salud o cobertura de plan de salud grupal, 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 el empleador deja de contribuir a su otra cobertura o la de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores a la finalización de su otra cobertura o la de sus dependientes (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).

### **Matrimonio, nacimiento o adopción**

Si tiene un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción, es posible que pueda inscribirse a sí mismo y a sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento o colocación para adopción.

### **Medicaid o CHIP**

Si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) o son elegibles para un subsidio de asistencia para la prima bajo Medicaid o CHIP, es posible que pueda inscribirse a sí mismo y a sus dependientes. Debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la

pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP o la determinación de elegibilidad para un subsidio de asistencia para la prima.

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 la salud de los recién nacidos y las madres**

Los planes de salud grupales y los emisores de seguros de salud generalmente no pueden, según la ley federal, restringir los beneficios por cualquier estadía hospitalaria en relación con el parto para la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe que el proveedor de atención de la madre o del recién nacido, después de consultar con la madre, dé de alta a la madre de su recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, los planes y emisores no pueden, según la ley federal, exigir que un proveedor obtenga autorización del plan o emisor para recetar una duración de estadía que no exceda las 48 horas (o 96 horas, si corresponde).

## **Ley de No Discriminación por Información Genética (GINA)**

La información genética La Ley de No Discriminación 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 requerir ninguna información genética de usted o de los miembros de su familia.

GINA prohíbe a los empleadores y otras entidades cubiertas por el Título II de GINA solicitar o requerir información genética de un individuo o miembro de la familia del individuo, excepto según lo permita específicamente esta ley.

Para cumplir con esta ley, le pedimos que no proporcione ninguna información genética al responder a esta solicitud de información médica. La "información genética", según la definición de GINA, incluye el historial médico familiar de una persona, los resultados de las 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 legalmente retenido por un miembro que recibe servicios de reproducción asistida.

## **Ley de Paridad de Salud Mental y Adicción**

La Ley de Paridad de Salud Mental y Adicción de 2008 generalmente requiere que los planes de salud grupales y los emisores de seguros de salud se aseguren de que los requisitos financieros (como copagos y deducibles) y las limitaciones de tratamiento (como los límites de visitas anuales) aplicables a los beneficios de salud mental o trastornos por uso de sustancias no sean más restrictivos que los requisitos o limitaciones predominantes aplicados a sustancialmente todos los beneficios médicos/quirúrgicos. Para obtener más información sobre los criterios para las determinaciones de necesidad médica realizadas bajo 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).

## Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer

Si se ha sometido o va a someterse a una mastectomía, es posible que tenga derecho a ciertos beneficios según la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer de 1998 (WHCRA). La Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer requiere que los planes de salud grupales y sus compañías de seguros y HMO brinden ciertos beneficios a las pacientes de mastectomía que eligen la reconstrucción mamaria. Para las personas que reciben beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se proporcionará de una manera determinada en consulta con el médico tratante y el paciente, para:

Todas las etapas de reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía; Cirugía y reconstrucción de la otra mama 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 coseguro que son consistentes con los establecidos para otros beneficios bajo el 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 el estatus de estudiante para los

finés de la cobertura del plan de salud grupal como resultado de una licencia médicamente necesaria de una institución educativa postsecundaria, el plan de salud grupal continuará brindando cobertura durante la licencia por hasta un año, o hasta que la cobertura termine bajo el plan de salud grupal, 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 (USERRA)

La Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de Uniformados y Servicios de 1994 (USERRA) establece requisitos para la continuación de la cobertura de salud y el reempleo con respecto a la licencia 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, discapacidad a corto o largo plazo o muerte accidental y desmembramiento que pueda tener. Una explicación completa de USERRA y sus derechos está más allá del alcance de este documento. Si desea obtener más información, consulte la Descripción resumida del plan (SPD) para cualquiera de nuestras coberturas de seguro grupal o visite este sitio: <http://www.dol.gov/vets/programs/userra/main.htm>

Una fuente alternativa es VETS. Puede comunicarse con ellos al 1-866-4-USA-DOL o visitar este sitio: <http://www.dol.gov/vets> Se puede ver un asesor interactivo de USERRA en línea en <http://www.dol.gov/elaws/userra.htm>



# Cobertura del Mercado de Seguros Médicos

## Opciones y su cobertura de salud

Formulario aprobado  
OMB No. 1210-0149  
(vence el 31-12-2026)

## PARTE A: Información general

Incluso si se le ofrece 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 información básica sobre el Mercado de Seguros Médicos y la cobertura de salud que se ofrece a través de su empleo.

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

El Mercado está diseñado para ayudarlo a encontrar un seguro de salud que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El Mercado ofrece una "ventanilla única" para encontrar y comparar opciones de seguro médico privado en su área geográfica.

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

Puede calificar para ahorrar dinero y reducir su prima mensual y otros costos de bolsillo, pero solo si su empleador no ofrece cobertura u ofrece cobertura que no se considera asequible para usted y no cumple con ciertos estándares 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 reduce sus costos.

### ¿La cobertura de salud basada en el empleo afecta la elegibilidad para los ahorros en las 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 ciertos estándares de valor mínimo, no será elegible para un crédito fiscal, o el pago anticipado 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, puede ser elegible para un crédito fiscal y pagos anticipados del crédito que reduce su prima mensual, o una reducción en ciertos costos compartidos, si su empleador no le ofrece cobertura en absoluto o no ofrece cobertura que se considere asequible para usted o cumpla con los estándares de valor mínimo. Si su parte del costo de la prima de todos los planes que se le ofrecen a través de su empleo es más del 9.12%<sup>1</sup> 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 del Cuidado de Salud a Bajo Precio, puede ser elegible para un crédito fiscal y el pago anticipado 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 empleado para el plan de menor costo que cubriría a todos los miembros de la familia no excede el 9.12% de los ingresos familiares del empleado.<sup>12</sup>

**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, puede perder el acceso a 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 fines del impuesto sobre la renta federal y estatal. Sus pagos por cobertura a través del Mercado se realizan

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

<sup>2</sup> Un plan de salud patrocinado por el empleador u otro plan de salud basado en el empleo cumple con el "estándar de valor mínimo" si la parte del plan de 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 tributario de prima, para cumplir con el "estándar de valor mínimo", el plan de salud también debe proporcionar una cobertura sustancial tanto de los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados como de los servicios médicos.

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 valor mínimo, pero acepta esa cobertura de todos modos, no será elegible para un crédito fiscal. Debe considerar todos estos factores para determinar si comprar un plan de salud a través del Mercado.

## ¿Cuándo puedo inscribirme en la 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 hasta al menos el 15 de diciembre.

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

También hay un Período Especial de Inscripción del Mercado para las personas y sus familias que pierden la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) a partir del 31 de marzo de 2023 hasta el 31 de julio de 2024. Desde el inicio de la emergencia de salud pública COVID-19 en todo el país, las agencias estatales de Medicaid y CHIP generalmente no han cancelado la inscripción de ningún beneficiario de Medicaid o CHIP que se inscribió 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 reanudan las prácticas regulares 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 del 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 y presentan una nueva solicitud o actualizan una solicitud existente en 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 de tiempo, son elegibles para un Período Especial de Inscripción 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 obtener 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 en 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 Especial de Inscripción para inscribirse en ese plan de salud en ciertas circunstancias, incluso si usted o sus dependientes estaban inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP y perdieron esa cobertura. Por lo general, 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 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 la descripción resumida del plan de su plan de salud o comuníquese con Jessica Williams al 386-822-7743 o [jwilliams93@stetson.edu](mailto:jwilliams93@stetson.edu).

El Mercado puede ayudarlo a evaluar sus opciones de cobertura, incluida su elegibilidad para la 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 para corresponder a la aplicación Marketplace.

<b>3. Nombre del empleador</b> Asociación de Antiguos Alumnos de la Universidad de Stetson, Inc.		<b>4. Número de identificación del empleador (EIN)</b> 59-0624416	
<b>5. Dirección del empleador</b> 421 N Woodland Blvd		<b>6. Número de teléfono del empleador</b> 386-822-7743	
<b>7. Ciudad</b> Deland	<b>8. Estado</b> FL	<b>9. Código postal</b> 32723	
<b>10. ¿A quién podemos contactar sobre la cobertura de salud en este trabajo?</b> Jessica Williams			
<b>11. Número de teléfono (si es diferente al anterior)</b>		<b>12. Dirección de correo electrónico</b> jwilliams93@stetson.edu	

Aquí hay 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: tiempo completo, trabajando 32 horas a la semana o más
  
- Con respecto a los dependientes:
  - Ofrecemos cobertura. Los dependientes elegibles son: Cónyuge o pareja de hecho, hijos, hijastros, hijos de la pareja de hecho, hijos bajo su tutela hasta los 26 años. La cobertura se puede extender hasta los 30 años para servicios médicos, dentales y de la vista si se cumplen ciertos criterios.
  - No ofrecemos cobertura.
  
- × Si se verifica, esta cobertura cumple con el estándar de valor mínimo, y el costo de esta cobertura para usted está destinado a ser asequible, según los salarios de los empleados.

\*\* Incluso si su empleador tiene la intención de que esta 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, su salario varía de una semana a otra (tal vez es un empleado por hora o trabaja a comisión), si es un nuevo empleado a mitad de año o si tiene otras pérdidas de ingresos, aún puede calificar para un descuento en la prima.

Si decide comprar cobertura en el Mercado, **HealthCare.gov** lo guiará a través del proceso. Esta es la información del empleador que ingresará cuando visite **HealthCare.gov** para averiguar si puede obtener un crédito fiscal para reducir sus primas mensuales.

# Asistencia para las primas de Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y son elegibles para la cobertura de salud de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia para primas que puede ayudar a pagar la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no serán elegibles para estos programas de asistencia para primas, pero es posible que pueda comprar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información, visite [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov).

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y vive en uno de los estados que se enumeran a continuación, comuníquese con su oficina estatal de Medicaid o CHIP para averiguar si hay asistencia para las primas disponible.

Si usted o sus dependientes NO están actualmente inscritos en Medicaid o CHIP, y cree que usted o cualquiera de sus dependientes podrían ser elegibles para cualquiera de estos programas, comuníquese con su oficina estatal de Medicaid o CHIP o marque **1-877-KIDS NOW** o [www.insurekidsnow.gov](http://www.insurekidsnow.gov) para averiguar cómo presentar una solicitud. Si califica, 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 recibir asistencia con las primas de Medicaid o CHIP, así como elegibles según el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan de su empleador si aún no está inscrito. Esto se denomina oportunidad de "inscripción especial" y **debe solicitar cobertura dentro de los 60 días posteriores a la determinación de ser elegible para recibir asistencia con la prima**. Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo al [www.askebsa.dol.gov](http://www.askebsa.dol.gov) o llame al **1-866-444-EBSA (3272)**.

**Si vive en uno de los siguientes estados, puede ser elegible para recibir asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de julio de 2025. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad:**

ALABAMA – Medicaid	ALASKA – Medicaid
Sitio web: <a href="http://myalhipp.com/">http://myalhipp.com/</a> Teléfono: 1-855-692-5447	El Programa de Pago de Primas de Seguro Médico AK Sitio web: <a href="http://myakhipp.com/">http://myakhipp.com/</a> Teléfono: 1-866-251-4861 Correo electrónico: <a href="mailto:CustomerService@MyAKHIPP.com">CustomerService@MyAKHIPP.com</a> Elegibilidad para Medicaid: <a href="https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx">https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx</a>

ARKANSAS - Medicaid	CALIFORNIA – Medicaid
<p>Sitio web: <a href="http://myarhipp.com/">http://myarhipp.com/</a>  Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)</p>	<p>Sitio web del programa de pago de primas de seguro médico (HIPP):  <a href="http://dhcs.ca.gov/hipp">http://dhcs.ca.gov/hipp</a>  Teléfono: 916-445-8322  Fax: 916-440-5676  Correo electrónico: <a href="mailto:hipp@dhcs.ca.gov">hipp@dhcs.ca.gov</a></p>
COLORADO – Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)	FLORIDA – Medicaid
<p>Sitio web de Health First Colorado:  <a href="https://www.healthfirstcolorado.com/">https://www.healthfirstcolorado.com/</a>  Centro de contacto para miembros de Health First Colorado:  1-800-221-3943 / Relé estatal 711  CHP+: <a href="https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus">https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus</a>  Servicio al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/State Relay 711  Programa de compra de seguro médico (HIBI):  Servicio al cliente <a href="https://www.mycohibi.com/">de https://www.mycohibi.com/</a>  HIBI: 1-855-692-6442</p>	<p>Sitio web:  <a href="https://www.flmedicaidtprecovery.com/flmedicaidtprecovery.com/hipp/index.html">https://www.flmedicaidtprecovery.com/flmedicaidtprecovery.com/hipp/index.html</a>  Teléfono: 1-877-357-3268</p>
GEORGIA – Medicaid	INDIANA – Medicaid
<p>Sitio web de GA HIPP:  <a href="https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp">https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp</a>  Teléfono: 678-564-1162, Presione 1  Sitio web de GA CHIPRA:  <a href="https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra">https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra</a>  Teléfono: 678-564-1162, Presione 2</p>	<p>Programa de pago de primas de seguro médico  Todos los demás Medicaid  Sitio web: <a href="https://www.in.gov/medicaid/">https://www.in.gov/medicaid/</a>  <a href="http://www.in.gov/fssa/dfr/">http://www.in.gov/fssa/dfr/</a>  Administración de Servicios Sociales y Familiares  Teléfono: 1-800-403-0864  Teléfono de Servicios para Miembros: 1-800-457-4584</p>

IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)	KANSAS – Medicaid
<p>Sitio web de Medicaid:  <a href="#">Medicaid de Iowa   Teléfono de Medicaid de Salud y Servicios Humanos</a>  : 1-800-338-8366  Sitio web de Hawki:  <a href="#">Hawki - Niños sanos y sanos en Iowa   Salud y Servicios Humanos</a>  Hawki Teléfono: 1-800-257-8563  Sitio web de HIPP: <a href="#">Pago de primas de seguro médico (HIPP)   Salud y Servicios Humanos (iowa.gov)</a>  Teléfono HIPP: 1-888-346-9562</p>	<p>Sitio web: <a href="https://www.kancare.ks.gov/">https://www.kancare.ks.gov/</a>  Teléfono: 1-800-792-4884  Teléfono HIPP: 1-800-967-4660</p>
KENTUCKY – Medicaid	LOUISIANA – Medicaid
<p>Sitio web del Programa Integrado de Pago de Primas de Seguro Médico de Kentucky (KI-HIPP):  <a href="https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx">https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx</a>  Teléfono: 1-855-459-6328  Correo electrónico: <a href="mailto:KIHIP.PROGRAM@ky.gov">KIHIP.PROGRAM@ky.gov</a>  Sitio web de KCHIP: <a href="https://kynect.ky.gov">https://kynect.ky.gov</a>  Teléfono: 1-877-524-4718  Sitio web de Medicaid de Kentucky:  <a href="https://chfs.ky.gov/agencies/dms">https://chfs.ky.gov/agencies/dms</a></p>	<p>Sitio web: <a href="http://www.medicaid.la.gov">www.medicaid.la.gov</a> o <a href="http://www.ldh.la.gov/lahipp">www.ldh.la.gov/lahipp</a>  Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)</p>
MAINE – Medicaid	MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP
<p>Sitio web de inscripción:  <a href="https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US">https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US</a>  Teléfono: 1-800-442-6003  TTY: Retransmisión de Maine 711  Página web de primas de seguros de salud privados:  <a href="https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms">https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms</a>  Teléfono: 1-800-977-6740  TTY: Retransmisión de Maine 711</p>	<p>Sitio web: <a href="https://www.mass.gov/masshealth/pa">https://www.mass.gov/masshealth/pa</a>  Teléfono: 1-800-862-4840  TTY: 711  Correo electrónico:  <a href="mailto:masspremassistance@accenture.com">masspremassistance@accenture.com</a></p>
MINNESOTA - Medicaid	MISSOURI - Medicaid
<p>Sitio web:  <a href="https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/">https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/</a>  Teléfono: 1-800-657-3672</p>	<p>Sitio web:  <a href="http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm">http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm</a>  Teléfono: 573-751-2005</p>

<b>MONTANA – Medicaid</b>	<b>NEBRASKA - Medicaid</b>
Sitio web: <a href="http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP">http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP</a> Teléfono: 1-800-694-3084 Correo electrónico: <a href="mailto:HSHIPPProgram@mt.gov">HSHIPPProgram@mt.gov</a>	Sitio web: <a href="http://www.ACCESSNebraska.ne.gov">http://www.ACCESSNebraska.ne.gov</a> Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178
<b>NEVADA – Medicaid</b>	<b>NEW HAMPSHIRE – Medicaid</b>
Sitio web de Medicaid: <a href="http://dhcftp.nv.gov">http://dhcftp.nv.gov</a> Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900	Sitio web: <a href="https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program">https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program</a> Teléfono: 603-271-5218 Número gratuito para el programa HIPP: 1-800-852-3345, ext. 15218 Correo electrónico: <a href="mailto:DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov">DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov</a>
<b>NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP</b>	<b>NUEVA YORK – Medicaid</b>
Sitio web de Medicaid: <a href="http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clientes/medicaid/">http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clientes/medicaid/</a> Teléfono: 1-800-356-1561 Teléfono de asistencia premium de CHIP: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: <a href="http://www.njfamilycare.org/index.html">http://www.njfamilycare.org/index.html</a> Teléfono CHIP: 1-800-701-0710 (TTY: 711)	Sitio web: <a href="https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/">https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/</a> Teléfono: 1-800-541-2831
<b>CAROLINA DEL NORTE – Medicaid</b>	<b>DAKOTA DEL NORTE – Medicaid</b>
Sitio web: <a href="https://medicaid.ncdhhs.gov/">https://medicaid.ncdhhs.gov/</a> Teléfono: 919-855-4100	Sitio web: <a href="https://www.hhs.nd.gov/healthcare">https://www.hhs.nd.gov/healthcare</a> Teléfono: 1-844-854-4825
<b>OKLAHOMA – Medicaid y CHIP</b>	<b>OREGON – Medicaid y CHIP</b>
Website: <a href="http://www.insureoklahoma.org">http://www.insureoklahoma.org</a> Teléfono: 1-888-365-3742	Sitio web: <a href="http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx">http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx</a> Teléfono: 1-800-699-9075

PENSILVANIA – Medicaid y CHIP	RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP
<p>Sitio web: <a href="https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html">https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html</a>  Teléfono: 1-800-692-7462  Sitio web de CHIP: <a href="http://pa.gov/Programa-de-Seguro-Médico-para-Niños-(CHIP)-(pa.gov)">Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) (pa.gov)</a>  Teléfono CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)</p>	<p>Sitio web: <a href="http://www.eohhs.ri.gov/">http://www.eohhs.ri.gov/</a>  Teléfono: 1-855-697-4347, o  401-462-0311 (Línea directa de repartición de rite)</p>
CAROLINA DEL SUR – Medicaid	DAKOTA DEL SUR - Medicaid
<p>Sitio web: <a href="https://www.scdhhs.gov">https://www.scdhhs.gov</a>  Teléfono: 1-888-549-0820</p>	<p>Sitio web: <a href="http://dss.sd.gov">http://dss.sd.gov</a>  Teléfono: 1-888-828-0059</p>
TEXAS – Medicaid	UTAH – Medicaid y CHIP
<p>Sitio web: <a href="http://www.dhs.texas.gov/Programa-de-pago-de-primas-de-seguro-médico-(HIPP)-Salud-y-Servicios-Humanos-de-Texas">Programa de pago de primas de seguro médico (HIPP)   Salud y Servicios Humanos de Texas</a>  Teléfono: 1-800-440-0493</p>	<p>Sitio web de la Asociación de Primas para Seguros de Salud (UPP) de Utah: <a href="https://medicaid.utah.gov/upp/">https://medicaid.utah.gov/upp/</a>  Correo electrónico: <a href="mailto:upp@utah.gov">upp@utah.gov</a>  Teléfono: 1-888-222-2542  Sitio web de expansión para adultos: <a href="https://medicaid.utah.gov/expansion/">https://medicaid.utah.gov/expansion/</a>  Sitio web del Programa de Compra de Medicaid de Utah: <a href="https://medicaid.utah.gov/buyout-program/">https://medicaid.utah.gov/buyout-program/</a>  Sitio web de CHIP: <a href="https://chip.utah.gov/">https://chip.utah.gov/</a></p>
VERMONT – Medicaid	VIRGINIA – Medicaid y CHIP
<p>Sitio web: <a href="http://www.vermont.gov/Programa-de-pago-de-primas-de-seguro-médico-(HIPP)-Departamento-de-Acceso-a-la-Salud-de-Vermont">Programa de pago de primas de seguro médico (HIPP)   Departamento de Acceso a la Salud de Vermont</a>  Teléfono: 1-800-250-8427</p>	<p>Sitio web: <a href="https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select">https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select</a>   <a href="https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs">https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs</a>  Teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924</p>
WASHINGTON – Medicaid	VIRGINIA OCCIDENTAL – Medicaid y CHIP
<p>Sitio web: <a href="https://www.hca.wa.gov/">https://www.hca.wa.gov/</a>  Teléfono: 1-800-562-3022</p>	<p>Sitio web: <a href="https://dhhr.wv.gov/bms/">https://dhhr.wv.gov/bms/</a>  <a href="http://mywvhipp.com/">http://mywvhipp.com/</a>  Teléfono de Medicaid: 304-558-1700  Teléfono gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)</p>

WISCONSIN – Medicaid y CHIP	WYOMING - Medicaid
Sitio web: <a href="https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm">https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm</a> Teléfono: 1-800-362-3002	Sitio web: <a href="https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/">https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/</a> Teléfono: 1-800-251-1269

Para ver si otros estados han agregado un programa de asistencia para primas desde el 31 de julio de 2025, o para obtener más información sobre los derechos especiales de inscripción, comuníquese con:

EE. UU. Departamento de Trabajo  
 Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados  
 Medicaid

[www.dol.gov/agencies/ebsa](http://www.dol.gov/agencies/ebsa)  
 1-866-444-EBSA (3272)  
 Opción de menú 4, Ext. 61565

EE. UU. Departamento de Salud y Servicios Humanos  
 Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

[www.cms.hhs.gov](http://www.cms.hhs.gov)  
 ¡Error! La referencia de hipervínculo no es válida. 1-877-267-2323,

### Declaración de la Ley de Reducción de Trámites

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Pub. L. 104-13) (PRA), no se requiere que las personas respondan a una recopilación de información a menos que dicha recopilación muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El Departamento señala que una agencia federal no puede realizar o patrocinar una recopilación de información a menos que sea aprobada por la OMB bajo la PRA, y muestre un número de control de la OMB actualmente válido, y el público no está obligado a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control de la OMB actualmente válido. Véase 44 U.S.C. 3507. Además, sin perjuicio de cualquier otra disposición de la ley, ninguna persona estará sujeta a una sanción por no cumplir con una recopilación de información si la recopilación de información no muestra un número de control de la OMB actualmente válido. Véase 44 U.S.C. 3512.

Se estima que la carga de informes públicos para esta recopilación de información es de aproximadamente siete minutos por encuestado. Se alienta a las partes interesadas a enviar comentarios sobre la estimación de la carga o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, al Departamento de Trabajo de EE. UU., Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados, Oficina de Política e Investigación, Atención: Oficial de Autorización de PRA, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210 o envíe un correo electrónico [ebsa.opr@dol.gov](mailto:ebsa.opr@dol.gov) y haga referencia al Número de control de la OMB 1210-0137.

Número de control de la OMB 1210-0137 (vence el 31/1/2026)

## Aviso sobre programas de bienestar

**El Programa de Bienestar Sterling** es un programa de bienestar voluntario disponible para todos los empleados. El programa se administra de acuerdo con las reglas federales que permiten programas de bienestar patrocinados por el empleador que buscan mejorar la salud de los empleados o prevenir enfermedades, incluida la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990, la Ley de No Discriminación por Información Genética de 2008 y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, según corresponda, entre otras. Si elige participar en el programa de bienestar, se le pedirá que complete una evaluación voluntaria de riesgos para la salud o "HRA" que hace una serie de preguntas sobre sus actividades y comportamientos relacionados con la salud y si tiene o ha tenido ciertas afecciones médicas (por ejemplo, cáncer, diabetes o enfermedad cardíaca). No está obligado a completar la HRA ni a participar en el análisis de sangre u otros exámenes médicos.

Sin embargo, los empleados que elijan participar en el programa de bienestar recibirán un incentivo de \$ 1.00 en recompensas de bienestar por cada punto de bienestar ganado al completar la evaluación de riesgos para la salud y completar actividades de bienestar específicas. Aunque no está obligado a completar la HRA ni a participar en la evaluación biométrica, solo los empleados que lo hagan recibirán las recompensas de bienestar.

La información de su HRA y los resultados de su evaluación biométrica se utilizarán para brindarle información que lo ayude a comprender su salud actual y los riesgos potenciales y también se pueden usar para ofrecerle servicios a través del programa de bienestar, como [indique los servicios que se pueden ofrecer]. También se le anima a compartir sus resultados o inquietudes con su propio médico.

### Protecciones contra la divulgación de información médica

La ley nos exige mantener la privacidad y seguridad de su información de salud de identificación personal. Aunque el programa de bienestar y la Asociación de Antiguos Alumnos de la Universidad de Stetson, Inc. pueden usar la información agregada que recopila para diseñar un programa basado en los riesgos de salud identificados en el lugar de trabajo, el Programa de Bienestar de Sterling nunca divulgará su información personal, ya sea públicamente o al empleador, excepto cuando sea necesario para responder a una solicitud suya de una adaptación razonable necesaria para participar en el programa de bienestar. o según lo permita expresamente la ley. La información médica que lo identifique personalmente y que se proporcione en relación con el programa de bienestar no se proporcionará a sus supervisores o gerentes y nunca se puede utilizar para tomar decisiones con respecto a su empleo.

Su información de salud no se venderá, intercambiará, transferirá ni divulgará de ninguna otra manera, excepto en la medida permitida por la ley para llevar a cabo actividades específicas relacionadas con el programa de bienestar, y no se le pedirá ni se le exigirá que renuncie a la confidencialidad de su información de salud como condición para participar en el programa de bienestar o recibir un incentivo. Cualquier persona que reciba su información con el fin de brindarle servicios como parte del programa de bienestar cumplirá con los mismos requisitos de confidencialidad. La única persona que recibirá su información de salud de identificación personal es su Sterling Health Coach para brindarle servicios bajo el programa de bienestar.

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 ninguna decisión 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 la información que proporcione en relación con el programa de bienestar, se lo notificaremos de inmediato.

No puede ser discriminado en el empleo debido a la información médica que proporciona como parte de la 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 Jessica Williams al 386-822-7743 o [jwilliams93@stetson.edu](mailto:jwilliams93@stetson.edu).

Brown & Brown, Inc. y todas sus filiales, no proporcionan orientación ni asesoramiento legal, regulatorio o fiscal. Si se necesita asesoramiento o representación legal, se deben buscar los servicios de un profesional legal. La información de este documento tiene como objetivo proporcionar una descripción general de los servicios contenidos en este documento. Brown & Brown, Inc. no hace ninguna representación o garantía en cuanto a la exactitud o integridad del documento y no asume ninguna obligación de actualizar o revisar el documento en función de nueva información o cambios futuros.