Vinylmax Windows

Avisos Legales Importantes

**Si tú (y/o tus dependientes) tienen Medicare o serán elegibles para Medicare en los próximos 12 meses, una ley federal te ofrece más opciones sobre tu cobertura de medicamentos recetados. Consulta las páginas 10-13 para más detalles.**

**Avisos Legales Importantes que Afectan la Cobertura de Tu Plan de Salud**

**IMPORTANTE: Tus planes de Accidentes y Enfermedades Críticas son pólizas de indemnización fija, NO seguros de salud.**

**FIXED INDEMNITY NOTICE**

**AVISO DE INDEMNIZACIÓN FIJA**

Esta póliza de indemnización fija puede pagarte una cantidad limitada de dinero si estás enfermo o hospitalizado. Aún eres responsable de pagar el costo de tu atención.

* El pago que recibes no se basa en el tamaño de tu factura médica.
* Puede haber un límite en cuánto pagará esta póliza cada año.
* Esta póliza no es un sustituto del seguro de salud 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 de salud.

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

* **Visita HealthCare.gov o llama al 1-800-318-2596** (TTY: 1-855-889-4325) para encontrar opciones de cobertura de salud.
* Para saber si puedes obtener seguro de salud a través de tu trabajo o el trabajo de un miembro de tu familia, contacta al empleador.

**¿Preguntas sobre esta póliza?**

* Para preguntas o quejas sobre esta póliza, contacta a tu Departamento de Seguros del Estado. Encuentra su número en el sitio web de la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros (naic.org) bajo “Departamentos de Seguros”.
* Si tienes esta póliza a través de tu trabajo o el trabajo de un miembro de tu familia, contacta al empleador.

**LA LEY DE DERECHOS DE SALUD Y CÁNCER DE LA MUJER DE 1998 (WHCRA)**

Si has tenido o vas a tener una mastectomía, puedes tener derecho a ciertos beneficios bajo la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer de 1998 (WHCRA). Para las personas que reciben beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se proporcionará de manera determinada en consulta con el médico tratante y el paciente, para:

* Todas las etapas de reconstrucción del seno en el 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, incluyendo el linfedema.

Estos beneficios se proporcionarán sujetos a los mismos deducibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados bajo este plan. Por lo tanto, se aplican los siguientes deducibles y coseguros: Plan de Salud con Deducible Alto - Deducible (Individual/Familiar): $5,000/$10,000. Coseguro: 80%. Plan PPO - Deducible (Individual/Familiar): $4,000/$8,000. Coseguro: 70%.

**DIVULGACIÓN DE LA LEY DE PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LOS RECIÉN NACIDOS − FEDERAL**

Los planes de salud grupales y los emisores de seguros de salud generalmente no pueden, según la ley federal, restringir los beneficios para cualquier estancia hospitalaria en relación con el parto de 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 o a 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 del emisor del seguro para prescribir una estancia hospitalaria que no exceda las 48 horas (o 96 horas).

**AVISO DE DERECHOS DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL**

Si estás rechazando la inscripción para ti o tus dependientes (incluyendo a tu cónyuge) debido a otro seguro de salud o cobertura de plan de salud grupal, puedes inscribirte tú y tus dependientes en este plan si tú o tus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir a la otra cobertura para ti o tus dependientes). Sin embargo, debes solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores a que termine la otra cobertura para ti o tus dependientes (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).

Además, si tienes un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, puedes inscribirte tú y tus dependientes. Sin embargo, debes solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Además, si rechazas la inscripción para ti o tus dependientes elegibles (incluyendo a tu cónyuge) mientras la cobertura de Medicaid o la cobertura bajo un programa estatal CHIP está en vigor, puedes inscribirte tú y tus dependientes en este plan si:

* se pierde la cobertura bajo Medicaid o un programa estatal CHIP; o
* tú o tus dependientes se vuelven elegibles para un subsidio de asistencia para primas del Estado.

En cualquier caso, debes solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la pérdida de cobertura o a la fecha en que te vuelvas elegible para la asistencia de primas.

Para solicitar la inscripción especial u obtener más información, contacta a la persona indicada al final de este resumen.

**DIVULGACIÓN DEL PROGRAMA DE BIENESTAR HIPAA**

Tu plan de salud está comprometido a ayudarte a alcanzar tu mejor salud. Las recompensas por participar en un programa de bienestar están disponibles para todos los empleados. Si crees que podrías no cumplir con un estándar para una recompensa bajo este programa de bienestar, podrías calificar para una oportunidad de ganar la misma recompensa por medios diferentes. Contáctanos en sylvia@vinylmax.com y trabajaremos contigo (y, si lo deseas, con tu médico) para encontrar un programa de bienestar con la misma recompensa que sea adecuado para ti en función de tu estado de salud.

**DECLARACIÓN DE DERECHOS BAJO ERISA**

Como participante en el Plan, tienes derecho a ciertos derechos y protecciones bajo la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 (“ERISA”). ERISA establece que todos los participantes tendrán derecho a:

**Recibir información sobre tu plan y beneficios.**

* Examinar, sin cargo, en la oficina del Administrador del Plan y en otros lugares especificados, el Plan y los documentos del Plan, incluyendo el contrato de seguro y copias de todos los documentos presentados por el Plan al Departamento de Trabajo de los EE. UU., si los hay, como informes anuales y descripciones del Plan.
* Obtener copias de los documentos del Plan y otra información del Plan mediante solicitud por escrito al Administrador del Plan. El Administrador del Plan puede cobrar una tarifa razonable por las copias.
* Recibir un resumen del informe financiero anual del Plan, si se requiere que se proporcione bajo ERISA. La ley exige que el Administrador del Plan proporcione a cada participante una copia de este informe anual resumido, si lo hay.

**Continuar con la Cobertura del Plan de Salud Grupal**

Si corresponde, puedes continuar con la cobertura de atención médica para ti, tu cónyuge o tus dependientes si hay una pérdida de cobertura bajo el plan como resultado de un evento calificado. Tú y tus dependientes pueden tener que pagar por dicha cobertura. Revisa la descripción resumida del plan y los documentos que rigen el Plan para conocer las reglas sobre los derechos de continuación de cobertura bajo COBRA.

**Acciones Prudentes por los Fiduciarios del Plan**

Además de crear derechos para los participantes, ERISA impone deberes a las personas responsables de la operación del Plan. Estas personas, llamadas “fiduciarios” del Plan, tienen el deber de operar el Plan de manera prudente y en interés tuyo y de otros participantes del Plan. Nadie, incluyendo la Compañía o cualquier otra persona, puede despedirte o discriminarte de cualquier manera para evitar que obtengas beneficios de bienestar o ejerzas tus derechos bajo ERISA.

**Hacer valer tus derechos**

Si tu solicitud de un beneficio de bienestar es denegada total o parcialmente, debes recibir una explicación por escrito de la razón de la denegación. Tienes derecho a que el Plan revise y reconsidere tu solicitud.

Bajo ERISA, hay pasos que puedes tomar para hacer valer estos derechos. Por ejemplo, si solicitas materiales al Administrador del Plan y no los recibes dentro de 30 días, puedes presentar una demanda en un tribunal federal. En tal caso, el tribunal puede exigir al Administrador del Plan que proporcione los materiales y te pague hasta $110 por día, hasta que recibas los materiales, a menos que los materiales no se hayan enviado por razones fuera del control del Administrador del Plan. Si tienes una reclamación de beneficios que es denegada o ignorada, total o parcialmente, y has agotado los procedimientos de reclamación disponibles bajo el Plan, puedes presentar una demanda en un tribunal estatal o federal. Si sucede que los fiduciarios del Plan hacen un mal uso del dinero del Plan, o si eres discriminado por hacer valer tus derechos, puedes buscar asistencia del Departamento de Trabajo de los EE. UU., o puedes presentar una demanda en un tribunal federal. El tribunal decidirá quién debe pagar los costos judiciales y los honorarios legales. Si tienes éxito, el tribunal puede ordenar a la persona a la que has demandado que pague estos costos y honorarios. Si pierdes (por ejemplo, si el tribunal considera que tu reclamación es frívola), el tribunal puede ordenarte que pagues estos costos y honorarios.

**Asistencia con tus preguntas**

Si tienes alguna pregunta sobre tu Plan, esta declaración o tus derechos bajo ERISA, debes contactar a la oficina más cercana de la Administración de Seguridad y Beneficios para Empleados, Departamento de Trabajo de los EE. UU., que aparece en tu directorio telefónico o a la División de Asistencia Técnica y Consultas, Administración de Seguridad y Beneficios para Empleados, Departamento de Trabajo de los EE. UU., 200 Constitution Avenue N.W., Washington, D.C. 20210.

**INFORMACIÓN DE CONTACTO**

Questions regarding any of this information can be directed to:

Sylvia McGuire

2921 McBride Court

Hamilton, Ohio United States 45011

513-772-2247

sylvia@vinylmax.com

**Tu Información. Tus Derechos. Nuestras Responsabilidades.**

*Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar la información médica sobre ti y cómo puedes acceder a esta información.* ***Por favor, revísalo cuidadosamente.***

*La información de contacto para preguntas o quejas está disponible al final del aviso.*

**Tus Derechos**

Tienes derecho a:

* Obtener una copia de tus registros de salud y reclamaciones
* Corregir tus registros de salud y reclamaciones
* Solicitar comunicación confidencial
* Pedirnos que limitemos la información que compartimos
* Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido tu información
* Obtener una copia de este aviso de privacidad
* Elegir a alguien para que actúe en tu nombre
* Presentar una queja si crees que se han violado tus derechos de privacidad

**Tus Opciones**

Tienes algunas opciones en la forma en que usamos y compartimos información cuando:

* Responder preguntas sobre cobertura de tu familia y amigos
* Proporcionar ayuda en caso de desastres
* Comercializar nuestros servicios y vender tu información

**Nuestros Usos y Divulgaciones**

Podemos usar y compartir tu información de la siguiente manera:

* Ayudar a gestionar el tratamiento de atención médica que recibes
* Administrar nuestra organización
* Pagar por tus servicios de salud
* Administrar tu plan de salud
* Ayudar con problemas de salud pública y seguridad
* Realizar investigaciones
* Cumplir con la ley
* Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un médico forense o director de funeraria
* Atender solicitudes de compensación laboral, aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales
* Responder a demandas y acciones legales

Top of Form

Bottom of Form

**Tus Derechos**

**Cuando se trata de tu información de salud, tienes ciertos derechos**

Esta sección explica tus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarte.

**Obtener una copia de los registros de salud y reclamaciones.**

* Puedes pedir ver u obtener una copia de tus registros de salud y reclamaciones y otra información de salud que tengamos sobre ti. Pregúntanos cómo hacerlo.
* Proporcionaremos una copia o un resumen de tus registros de salud y reclamaciones, generalmente dentro de los 30 días posteriores a tu solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo.

**Pídenos que corrijamos los registros de salud y reclamaciones.**

* Puedes pedirnos que corrijamos tus registros de salud y reclamaciones si crees que son incorrectos o están incompletos. Pregúntanos cómo hacerlo.
* Podemos decir “no” a tu solicitud, pero te diremos por qué por escrito, generalmente dentro de los 60 días.

**Solicitar comunicaciones confidenciales.**

* Puedes pedirnos que te contactemos de una manera específica (por ejemplo, teléfono de casa o de oficina) o que enviemos correo a una dirección diferente.
* Consideraremos todas las solicitudes razonables y debemos decir “sí” si nos dices que estarías en peligro si no lo hacemos

**Pídenos que limitemos lo que usamos o compartimos.**

* Puedes pedirnos que no usemos o compartamos cierta información de salud para tratamiento, pago o nuestras operaciones.
* No estamos obligados a aceptar tu solicitud

**Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido información.**

* Puedes pedir una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido tu información de salud hasta seis años antes de la fecha en que lo solicites, con quién la compartimos y por qué.
* Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y ciertas otras divulgaciones (como las que nos pediste que hiciéramos). Proporcionaremos una contabilidad al año de forma gratuita, pero cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicitas otra dentro de los 12 meses.

**Obtener una copia de este aviso de privacidad.**

Puedes pedir una copia en papel de este aviso en cualquier momento, incluso si has aceptado recibir el aviso electrónicamente. Te proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

**Elegir a alguien para que actúe en tu nombre.**

* Si has otorgado a alguien un poder médico o si alguien es tu tutor legal, esa persona puede ejercer tus derechos y tomar decisiones sobre tu información de salud.
* Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en tu nombre antes de tomar cualquier acción.

**Presentar una queja si sientes que se han violado tus derechos.**

* Puedes presentar una queja si sientes que hemos violado tus derechos contactándonos usando la información al final de este aviso.
* Puedes presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los 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/hipaa/filing-a-complaint/index.html](http://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html).
* No tomaremos represalias contra ti por presentar una queja.

**Tus Opciones**

**Para cierta información de salud, puedes decirnos tus opciones sobre lo que compartimos.**

Si tienes una preferencia clara sobre cómo compartimos tu información en las situaciones descritas a continuación, háblanos. Dinos lo que quieres que hagamos y seguiremos tus instrucciones. En estos casos, tienes tanto el derecho como la opción de decirnos que:

* Compartir información con tu familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de tu atención.
* Compartir información en una situación de ayuda en caso de desastre.

*Si no puedes decirnos tu preferencia, por ejemplo, si estás inconsciente, podemos proceder y compartir tu información si creemos que es lo mejor para ti. También podemos compartir tu información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.*

* En estos casos, nunca compartimos tu información a menos que nos des permiso por escrito:

Propósitos de marketing

Venta de tu información

**Nuestros Usos y Divulgaciones**

**¿Cómo usamos o compartimos típicamente tu información de salud?**

Usamos o compartimos tu información de salud de las siguientes maneras.

**Ayudar a gestionar el tratamiento de atención médica que recibes.**

Podemos usar tu información de salud y compartirla con los profesionales que te están tratando.

*Ejemplo: Un médico nos envía información sobre tu diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos organizar servicios adicionales.*

**Pagar por tus servicios de salud**

Podemos usar y divulgar tu información de salud mientras pagamos por tus servicios de salud.

*Compartimos información sobre ti con tu plan dental para coordinar el pago de tu trabajo dental.*

**Administrar tu plan**

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

*Ejemplo: Tu empresa contrata con nosotros para proporcionar un plan de salud, y nosotros proporcionamos a tu empresa ciertas estadísticas para explicar las primas que cobramos.*

**Administrar nuestra organización**

* Podemos usar y divulgar tu información para administrar nuestra organización y contactarte cuando sea necesario.
* No se nos permite usar información genética para decidir si te daremos cobertura y el precio de esa cobertura. Esto no se aplica a los planes de cuidado a largo plazo.

*Ejemplo: Usamos información de salud sobre ti para desarrollar mejores servicios para ti.*

**¿Cómo más podemos usar o compartir tu información de salud?**

Podemos compartir tu información de otras maneras, generalmente de formas que contribuyen al bien público, como la salud pública y la investigación. Debemos cumplir con muchas condiciones legales antes de poder compartir tu información para estos propósitos. Para más información, consulta: [www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/guidance-materials-for-consumers/index.html](http://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/guidance-materials-for-consumers/index.html).

**Ayudar con problemas de salud pública y seguridad.**

Podemos compartir información de salud sobre ti en ciertas situaciones, tales como:

* Prevenir enfermedades
* Ayudar con retiros de productos
* Informar sobre reacciones adversas a medicamentos
* Informar sobre sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
* Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o seguridad de cualquier persona

**Realizar investigaciones**

Podemos usar o compartir tu información para investigaciones de salud.

**Cumplir con la ley**

Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluyendo con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si desean verificar que estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

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

* Podemos compartir información de salud sobre usted con organizaciones de obtención de órganos.
* Podemos compartir información de salud con un forense, médico forense o director de funeraria cuando una persona fallece.

**Atender solicitudes de compensación laboral, aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales.**

Podemos usar o compartir información de salud sobre usted:

* Para reclamaciones de compensación laboral
* Para propósitos de aplicación de la ley o con un oficial de la ley
* Con agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley
* Para funciones gubernamentales especiales como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial

**Responder a demandas y acciones legales.**

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

**Nuestras Responsabilidades**

* Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de tu información de salud protegida.
* Te informaremos rápidamente si ocurre una violación que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de tu información.
* Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritos en este aviso y proporcionarte una copia del mismo.
* No usaremos ni compartiremos tu información más allá de lo descrito aquí a menos que nos des tu consentimiento por escrito. Si nos das tu consentimiento, puedes cambiar de opinión en cualquier momento. Infórmanos por escrito si cambias de opinión.

Para más información, consulta: [www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/guidance-materials-for-consumers/index.html](http://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/guidance-materials-for-consumers/index.html).

**Cambios en los Términos de este Aviso**

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre ti. El nuevo aviso estará disponible a solicitud, en nuestro sitio web (si corresponde), y te enviaremos una copia por correo.

Otras Instrucciones para el Aviso

* Fecha de Vigencia: 01/01/2025
* Sylvia McGuire

Gerente de Recursos Humanos

sylvia@vinylmax.com

**LENGUAJE MODELO PARA EL USO DE TODAS LAS ENTIDADES SOBRE EL AVISO DE DIVULGACIÓN**

INDIVIDUAL DE LA COBERTURA ACREDITABLE PARA BENEFICIARIOS DESPUÉS DEL 1 DE ABRIL DE 2011.

*Si usted está recibiendo este aviso electrónicamente, usted es responsable de proporcionar una copia de esta notificación a cualquier dependiente elegible para Medicare Part D que esté cubierto bajo el plan de salud.*

**Aviso Importante de United Healthcare Sobre su Cobertura para Recetas Médicas y Medicare**

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

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

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

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

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

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

**CMS Form 10182-CC Revisada el 1 de Abril de 2011**

La Ley de Reducción de Papeleo de 1995 requiere que le avisemos que la colección de esta información se hace según las disposiciones de la sección 3507 de La Ley de Reducción de Papeleo de 1995. No podemos coleccionar ni patrocinar la colección de información, y usted no está obligado a responder a una colección de información a menos que muestre un número válido de control de la Oficina de Gerencia y Presupuesto (OMB, siglas en inglés). El número válido de control de OMB para esta colección de la información es 0938-0990. Calculamos que tardará unas 8 horas para completar cada sección. Esto incluye el tiempo que se tardará en leer las instrucciones, reunir la información necesaria y llenar el formulario. Si usted tiene comentarios sobre la precisión del estimado que toma llenar este formulario o sugerencias de cómo mejorar este documento, por favor envíelos por escrito a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.

**LENGUAJE MODELO PARA EL USO DE TODAS LAS ENTIDADES SOBRE EL AVISO DE DIVULGACIÓN**

INDIVIDUAL DE LA COBERTURA ACREDITABLE PARA BENEFICIARIOS DESPUÉS DEL 1 DE ABRIL DE 2011.

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

Si decide inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos recetados, su cobertura actual con United Healthcare puede no puede ser afectada.

A close-up of a table

Description automatically generated

Si decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare y cancelar su cobertura actual de Vinylmax Windows, tenga en cuenta que usted y sus dependientes podrán recuperar esta cobertura.

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

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

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

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

Contacte a la persona indicada a continuación para obtener más información. NOTA: Usted recibirá este aviso cada año. Recibirá el aviso antes del próximo período en el cual usted puede inscribirse en la cobertura de Medicare para recetas médicas, y en caso de que esta cobertura con United Healthcare cambie. Además, usted puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

**CMS Form 10182-CC Revisada el 1 de Abril de 2011**

La Ley de Reducción de Papeleo de 1995 requiere que le avisemos que la colección de esta información se hace según las disposiciones de la sección 3507 de La Ley de Reducción de Papeleo de 1995. No podemos coleccionar ni patrocinar la colección de información, y usted no está obligado a responder a una colección de información a menos que muestre un número válido de control de la Oficina de Gerencia y Presupuesto (OMB, siglas en inglés). El número válido de control de OMB para esta colección de la información es 0938-0990. Calculamos que tardará unas 8 horas para completar cada sección. Esto incluye el tiempo que se tardará en leer las instrucciones, reunir la información necesaria y llenar el formulario. Si usted tiene comentarios sobre la precisión del estimado que toma llenar este formulario o sugerencias de cómo mejorar este documento, por favor envíelos por escrito a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.

**LENGUAJE MODELO PARA EL USO DE TODAS LAS ENTIDADES SOBRE EL AVISO DE DIVULGACIÓN**

INDIVIDUAL DE LA COBERTURA ACREDITABLE PARA BENEFICIARIOS DESPUÉS DEL 1 DE ABRIL DE 2011.

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

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

Asimismo, usted puede obtener más información sobre los planes de Medicare para recetas médicas de los siguientes lugares:

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

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

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

**CMS Form 10182-CC Revisada el 1 de Abril de 2011**

La Ley de Reducción de Papeleo de 1995 requiere que le avisemos que la colección de esta información se hace según las disposiciones de la sección 3507 de La Ley de Reducción de Papeleo de 1995. No podemos coleccionar ni patrocinar la colección de información, y usted no está obligado a responder a una colección de información a menos que muestre un número válido de control de la Oficina de Gerencia y Presupuesto (OMB, siglas en inglés). El número válido de control de OMB para esta colección de la información es 0938-0990. Calculamos que tardará unas 8 horas para completar cada sección. Esto incluye el tiempo que se tardará en leer las instrucciones, reunir la información necesaria y llenar el formulario. Si usted tiene comentarios sobre la precisión del estimado que toma llenar este formulario o sugerencias de cómo mejorar este documento, por favor envíelos por escrito a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.

**LENGUAJE MODELO PARA EL USO DE TODAS LAS ENTIDADES SOBRE EL AVISO DE DIVULGACIÓN**

INDIVIDUAL DE LA COBERTURA ACREDITABLE PARA BENEFICIARIOS DESPUÉS DEL 1 DE ABRIL DE 2011.

Fecha: 10/15/2025

Nombre de la Entidad/Remitente: Vinylmax Windows

Contacto – Puesto/Oficina: Sylvia McGuire- gerente de recursos humanos

Dirección: 2921 McBride Court, Hamilton, Ohio 45011

Número de Teléfono: 513-772-2247

**CMS Form 10182-CC Revisada el 1 de Abril de 2011**

La Ley de Reducción de Papeleo de 1995 requiere que le avisemos que la colección de esta información se hace según las disposiciones de la sección 3507 de La Ley de Reducción de Papeleo de 1995. No podemos coleccionar ni patrocinar la colección de información, y usted no está obligado a responder a una colección de información a menos que muestre un número válido de control de la Oficina de Gerencia y Presupuesto (OMB, siglas en inglés). El número válido de control de OMB para esta colección de la información es 0938-0990. Calculamos que tardará unas 8 horas para completar cada sección. Esto incluye el tiempo que se tardará en leer las instrucciones, reunir la información necesaria y llenar el formulario. Si usted tiene comentarios sobre la precisión del estimado que toma llenar este formulario o sugerencias de cómo mejorar este documento, por favor envíelos por escrito a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.

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

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

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

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

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

**Si usted vive en uno de los siguientes estados, tal vez sea elegible para asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente es una lista de estados actualizada al 31 de julio de 2024. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad –**

|  |
| --- |
| **ALABAMA – Medicaid** |
| Sitio web: <http://myalhipp.com>  Teléfono: 1-855-692-5447 |
| **ALASKA – Medicaid** |
| El Programa de Pago de AK primas del seguro médico  Sitio web: <http://myakhipp.com>  Teléfono: 1-866-251-4861  Por correo electrónico: [CustomerService@MyAKHIPP.com](mailto:CustomerService@MyAKHIPP.com)  Elegibilidad de Medicaid: <https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx> |
| **ARKANSAS – Medicaid** |
| Sitio web: <http://myarhipp.com/>  Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447) |
| **CALIFORNIA – Medicaid** |
| Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program  Sitio web: <http://dhcs.ca.gov/hipp>  Teléfono: 916-445-8322  Fax: 916-440-5676  Por correo electrónico: [hipp@dhcs.ca.gov](mailto:hipp@dhcs.ca.gov) |
| **COLORADO – Health First Colorado**  **(Programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)** |
| Sitio web de Health First Colorado: <https://www.healthfirstcolorado.com/es>  Centro de atención al cliente de Health First Colorado:  1-800-221-3943/ retransmisor del estado: 711  CHP+: <https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus>  Atención al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/retransmisor del estado: 711  Programa de compra de seguro de salud (HIBI, por sus siglas en inglés): <https://www.mycohibi.com/>  Atención al cliente de HIBI: 1-855-692-6442 |
| **FLORIDA – Medicaid** |
| Sitio web: <https://www.flmedicaidtplrecovery.com/flmedicaidtplrecovery.com/hipp/index.html>  Teléfono: 1-877-357-3268 |
| **GEORGIA – Medicaid** |
| Sitio web de GA HIPP:  <https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp>  Teléfono: 678-564-1162, Presiona 1  Sitio web de GA CHIPRA:  <https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra>  Teléfono: 678-564-1162, Presiona 2 |
| **INDIANA – Medicaid** |
| Programa de pago de primas de seguro de salud  Todos los demás son Medicaid  Sitio web: <https://www.in.gov/medicaid/>  <https://www.in.gov/fssa/dfr>  Administración de familias y servicios sociales  Teléfono: 1-800-403-0864  Teléfono de servicios para miembros: 1-800-457-4584 |
| **IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)** |
| Sitio web de Medicaid: <https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid>  Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366  Sitio web de Hawki: <https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/iowa-health-link/hawki>  Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563  Sitio web de HIPP: <https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/fee-service/hipp>  Teléfono de HIPAA: 1-888-346-9562 |
| **KANSAS – Medicaid** |
| Sitio web: <https://www.kancare.ks.gov/>  Teléfono: 1-800-792-4884  Teléfono de HIPP: 1-800-967-4660 |
| **KENTUCKY - Medicaid** |
| Sitio web del Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP): <https://www.chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx>  Teléfono: 1-855-459-6328  Por correo electrónico: [KIHIPP.PROGRAM@ky.gov](mailto:KIHIPP.PROGRAM@ky.gov)  Sitio web de KCHIP: <https://kynect.ky.gov>  Teléfono: 1-877-524-4718  Sitio web de Medicaid de Kentucky: <https://chfs.ky.gov/agencies/dms> |
| **LOUISIANA – Medicaid** |
| Sitio web: [www.medicaid.la.gov](http://www.medicaid.la.gov) o [www.ldh.la.gov/lahipp](http://www.ldh.la.gov/lahipp)  Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP) |
| **MAINE – Medicaid** |
| Sitio web por inscripción: <https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US>  Teléfono: 1-800-442-6003  TTY: Maine relay 711  Página web por primos de seguro de salud privado: <https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms>  Teléfono: 1-800-977-6740  TTY: Maine relay 711 |
| **MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP** |
| Sitio web: <https://www.mass.gov/masshealth/pa>  Teléfono: 1-800-862-4840  TTY: 711  Por correo electrónico: [masspremassistance@accenture.com](mailto:masspremassistance@accenture.com) |
| **MINNESOTA – Medicaid** |
| Sitio web: <https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/>  Teléfono: 1-800-657-3672 |
| **MISSOURI – Medicaid** |
| Sitio web: [https://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm](http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm)  Teléfono: 573-751-2005 |
| **MONTANA – Medicaid** |
| Sitio web: <https://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP>  Teléfono: 1-800-694-3084  Por correo electrónico: [HHSHIPPProgram@mt.gov](mailto:HHSHIPPProgram@mt.gov) |
| **NEBRASKA – Medicaid** |
| Sitio web: [http://www.ACCESSNebraska.ne.gov](http://www.AccessNebraska.ne.gov)  Teléfono: 1-855-632-7633  Lincoln: 402-473-7000  Omaha: 402-595-1178 |
| **NEVADA – Medicaid** |
| Sitio web de Medicaid: <http://dhcfp.nv.gov>  Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900 |
| **NUEVO HAMPSHIRE – Medicaid** |
| Sitio web: [[https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program](https://www.dhhs.nh.gov/oii/hipp.htm)](https://gcc02.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fwww.dhhs.nh.gov%2Fprograms-services%2Fmedicaid%2Fhealth-insurance-premium-program&data=05%7C01%7CGoodwin.Carolyn%40dol.gov%7C6aa7b22dba29413479c108da73eb96c6%7C75a6305472044e0c9126adab971d4aca%7C0%7C0%7C637949752922233349%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJWIjoiMC4wLjAwMDAiLCJQIjoiV2luMzIiLCJBTiI6Ik1haWwiLCJXVCI6Mn0%3D%7C3000%7C%7C%7C&sdata=mUgACydlz9JGXnHMgi%2FUkDGD0QyTI1U6Tjwue%2Bq8D0Q%3D&reserved=0)  Teléfono: 603-271-5218  Teléfono gratuito para el programa de HIPP: 1-800-852-3345, ext. 15218  Por correo electrónico: [DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov](mailto:DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov) |
| **NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP** |
| Sitio web de Medicaid: <http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/>  Teléfono: 1-800-356-1561  Teléfono de asistencia de prima de CHIP: 609-631-2392  Sitio web de CHIP:  <http://www.njfamilycare.org/index.html>  Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710 (TTY:711) |
| **NUEVA YORK – Medicaid** |
| Sitio web: <https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/> Teléfono: 1-800-541-2831 |
| **CAROLINA DEL NORTE – Medicaid** |
| Sitio web: <https://medicaid.ncdhhs.gov>  Teléfono: 919-855-4100 |
| **DAKOTA DEL NORTE – Medicaid** |
| Sitio web: <http://www.hhs.nd.gov/healthcare>  Teléfono: 1-844-854-4825 |
| **OKLAHOMA – Medicaid y CHIP** |
| Sitio web: <http://www.insureoklahoma.org>  Teléfono – 1-888-365-3742 |
| **OREGON – Medicaid y CHIP** |
| Sitio web: <https://cuidadodesalud.oregon.gov/Pages/index.aspx>  Teléfono: 1-800-699-9075 |
| **PENSILVANIA – Medicaid y CHIP** |
| Sitio web: <https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html>  Teléfono: 1-800-692-7462  Sitio web de CHIP:  <https://www.pa.gov/en/agencies/dhs/resources/chip.html>  Teléfono de CHIP: 1-800-986-KIDS (5437) |
| **RHODE ISLAND– Medicaid y CHIP** |
| Sitio web: <http://www.eohhs.ri.gov/>  Teléfono: 1-855-697-4347 o 401-462-0311 (Direct RIta Share Line) |
| **CAROLINA DEL SUR – Medicaid** |
| Sitio web: <https://www.scdhhs.gov>  Teléfono: 1-888-549-0820 |
| **DAKOTA DEL SUR – Medicaid y CHIP** |
| Sitio web: <http://dss.sd.gov>  Teléfono: 1-888-828-0059 |
| **TEXAS – Medicaid** |
| Sitio web: <https://www.hhs.texas.gov/es/servicios/finanzas/programa-de-pago-de-las-primas-del-seguro-medico>  Teléfono: 1-800-440-0493 |
| **UTAH– Medicaid y CHIP** |
| Utah’s Premium Partnership for Health Insurance (UPP)  Sitio web: <https://medicaid.utah.gov/upp/>  Por correo electrónico: [upp@utah.gov](mailto:upp@utah.gov)  Teléfono: 1-888-222-2542  Sitio web de expansión para adultos: <https://medicaid.utah.gov/expansion/>  Sitio web de Programa de compra de Medicaid de Utah: <https://medicaid.utah.gov/buyout>-program/  Sitio web de CHIP: <https://chip.utah.gov/espanol/> |
| **VERMONT – Medicaid** |
| Sitio web: [Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program | Department of Vermont Health Access](https://dvha.vermont.gov/members/medicaid/hipp-program)  Teléfono: 1-800-250-8427 |
| **VIRGINIA – Medicaid y CHIP** |
| Sitio web: <https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select>  <https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs>  Teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924 |
| **WASHINGTON – Medicaid** |
| Sitio web: [http://www.hca.wa.gov](http://www.hca.wa.gov/free-or-low-cost-health-care/program-administration/premium-payment-program)  Teléfono: 1-800-562-3022 |
| **WEST VIRGINIA – Medicaid y CHIP** |
| Sitio web: <https://dhhr.wv.gov/bms/>  <http://mywvhipp.com/>  Teléfono de Medicaid: 304-558-1700  Teléfono gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447) |
| **WISCONSIN – Medicaid y CHIP** |
| Sitio web: <https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm>  Teléfono: 1-800-362-3002 |
| **WYOMING – Medicaid** |
| Sitio web: <https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/>  Teléfono: 1-800-251-1269 |

Para saber si otros estados han agregado el programa de asistencia con primas desde el 31 de julio de 2024, o para obtener más información sobre derechos de inscripción especial, comuníquese con alguno de los siguientes:

Departamento del Trabajo de EE.UU. Departamento de Salud y Servicios Humanos  
Administración de Seguridad de de EE.UU. Centros para Servicios  
Beneficios de los Empleados de Medicare y Medicaid  
[**www.dol.gov/agencies/ebsa/es/about**](http://www.dol.gov/agencies/ebsa/es/about-ebsa/our-activities/informacion-en-espanol)[**www.cms.hhs.gov**](http://www.cms.hhs.gov) **-ebsa/our-**[**activities/informacion-en-espanol**](http://www.dol.gov/agencies/ebsa/es/about-ebsa/our-activities/informacion-en-espanol)1-877-267-2323, opción de menú 4, Ext. 6156  
1-866-444-EBSA (3272)

**Declaración de la Ley de Reducción de Trámites**

Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Ley Pública 104-13) (PRA, por sus siglas en inglés), no es obligatorio que ninguna persona responda a una recopilación de información, a menos que dicha recopilación tenga un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés).  El Departamento advierte que una agencia federal no puede llevar a cabo ni patrocinar una recopilación de información, a menos que la OMB la apruebe en virtud de la ley PRA y esta tenga un número de control actualmente válido de la oficina mencionada. El público no tiene la obligación de responder a una recopilación de información, a menos que esta tenga un número de control actualmente válido de la OMB. Consulte la Sección 3507 del Título 44 del Código de Estados Unidos (USC).  Además, sin perjuicio de ninguna otra disposición legal, ninguna persona quedará sujeta a sanciones por no cumplir con una recopilación de información, si dicha recopilación no tiene un número de control actualmente válido de la OMB. Consulte la Sección 3512 del Título 44 del Código de Estados Unidos (USC).

Se estima que el tiempo necesario para realizar esta recopilación de información es, en promedio, de aproximadamente siete minutos por persona.  Se anima a los interesados a que envíen sus comentarios con respecto al tiempo estimado o a cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, como sugerencias para reducir este tiempo, a la dependencia correspondiente del Ministerio de Trabajo de EE. UU., a la siguiente dirección: U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, Office of Policy and Research, Attention: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210. También pueden enviar un correo electrónico a [ebsa.opr@dol.gov](mailto:ebsa.opr@dol.gov) y hacer referencia al número de control de la OMB 1210-0137.

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

Formulario aprobado

OMB n.º 1210-0149

(vence el 31 de diciembre de 2026)



**Cobertura del Mercado de Seguros Médicos  
Opciones y su cobertura de salud**

**PARTE A: Información general**

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

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

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

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

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

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

Sí. Si tiene una oferta de cobertura de salud de su empleador que se considera asequible para usted y cumple con ciertas normas de valor mínimo, no será elegible para un crédito fiscal o pago por adelantado del crédito fiscal para su cobertura del Mercado y es posible que desee inscribirse en su plan de salud basado en el empleo. Sin embargo, usted puede ser elegible para un crédito fiscal y pagos por adelantado del crédito, que reducen su prima mensual, o una reducción en ciertos costos compartidos, si su empleador no le ofrece cobertura alguna o no le ofrece cobertura que se considera asequible para usted o cumple con las normas de valor mínimo. Si su participación del costo de la prima de todos los planes que se le ofrecen a través de su empleo es más del 9.12 %[[1]](#footnote-1) de su ingreso familiar anual, o si la cobertura a través de su empleo no cumple con la norma de “valor mínimo” establecida por la Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio, puede ser elegible para un crédito fiscal y el pago por adelantado del crédito, si no se inscribe en la cobertura de salud basada en el empleo. Para los miembros de la familia del empleado, la cobertura se considera asequible si el costo de las primas del plan de menor costo que cubriría a todos los miembros de la familia no excede el 9.12 % de los ingresos del hogar del empleado.12

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**¿Cómo puedo obtener más información?**

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

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

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

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 3. Nombre del empleador  Vinylmax Windows | | | 4. Número de identificación patronal (EIN)  31-1564962 | |
| 5. Dirección del empleador  2921 McBride Court | | | 6. Número de teléfono del empleador  513-772-2247 | |
| 7. Ciudad  Hamilton | | 8. Estado  Ohio | | 9. Código postal  45011 |
| 10. ¿A quién podemos contactar sobre la cobertura de salud de los empleados en este trabajo?  Sylvia McGuire | | | | |
| 11. Número de teléfono (si es diferente al anterior) | 12. Dirección de correo electrónico  sylvia@vinylmax.com | | | |

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

* Como su empleador, ofrecemos un plan de salud para:

Todos los empleados. Los empleados elegibles son:

Algunos empleados. Los empleados elegibles son:

**X**

empleados a tiempo completo que trabajan 30 o más horas por semana

* Respecto a los dependientes:

Ofrecemos cobertura. Los dependientes elegibles son:

**X**

cónyuge eligible, hijos dependientes hasta los 26 años

No ofrecemos cobertura.

Si se marca, esta cobertura cumple con la norma de valor mínimo y el costo de esta cobertura para usted debe ser asequible, según los salarios de los empleados.

**X**

\*\* Incluso si su empleador tiene la intención de que su cobertura sea asequible, aún puede ser elegible para un descuento en la prima a través del Mercado. El Mercado utilizará los ingresos de su hogar, junto con otros factores, para determinar si puede ser elegible para un descuento en la prima. Si, por ejemplo, sus salarios varían de una semana a otra (quizás es un empleado por horas o trabaja por comisión), si es nuevo empleado a mitad de año o si tiene otras pérdidas de ingresos, aún puede calificar para un descuento en la prima.

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

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

   2 Un plan de salud patrocinado por el empleador o basado en el empleo cumple con la “norma de valor mínimo” si la participación del plan en los costos totales de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costos. A los efectos de la elegibilidad para el crédito fiscal para la prima, para cumplir con la “norma de valor mínimo”, el plan de salud también debe proporcionar una cobertura sustancial tanto de los servicios hospitalarios como de los servicios médicos para pacientes hospitalizados. [↑](#footnote-ref-1)