

Avisos Importantes y Divulgaciones

El Decreto de 1998 Sobre los Derechos de Salud y Cáncer de las Mujeres— Aviso Importante

En octubre de 1998, el Congreso promulgó un Decreto sobre los Derechos de Salud y de Cáncer de Mujeres. Este aviso explica algunas medidas importantes del Decreto. Por favor, revise esta información cuidadosamente.

Tal como se especifica en el Decreto de Derechos de Salud y de Cáncer de Mujeres, un participante o beneficiario del plan que elige la reconstrucción del seno en relación con una mastectomía también tiene derecho a los siguientes beneficios:

- La reconstrucción del seno en el que ha sido la mastectomía;
- La cirugía y reconstrucción del otro seno para obtener una apariencia simétrica; y
- Prótesis y tratamiento de complicaciones físicas en todas las fases de la mastectomía, incluyendo linfedemas.

Los planes de salud deben determinar la forma de cobertura en consulta con el médico de cabecera y el paciente. La cobertura y los servicios relacionados a la reconstrucción del seno, pueden estar sujetos a deducibles y coseguros que son consistentes con los que se aplican a otros beneficios bajo el plan.

“HIPAA” Aviso de Privacidad—Importante Aviso acerca de Su Información de Salud

El Aviso de Prácticas de Privacidad “HIPAA” se aplica a la Información de Salud Protegida asociada con el Plan de Salud de Grupo que se provee a nuestros empleados, dependientes del empleado, y según corresponda, los empleados jubilados. El Aviso describe que TMC Group, LLC puede utilizar y divulgar Información de Salud Protegida para llevar a cabo las operaciones de pago y atención médica y para otros propósitos que sean permitidos o requeridos por ley.

Estamos obligados por las normas de privacidad emitidas bajo el Decreto de Portabilidad y Contabilidad de 1996 (“HIPAA”), para mantener la privacidad de la Información Protegida de Salud y proporcionar a las personas cubiertas bajo nuestro plan de salud de grupo con aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad acerca de la Información de Salud Protegida. Estamos obligados a cumplir con los términos del Aviso, siempre y cuando se mantenga en vigor. Nos reservamos el derecho a cambiar los términos de este Aviso según sea necesario y para hacer el nuevo Aviso efectivo para toda la Información de Salud Protegida mantenida por nosotros. Si hacemos cambios materiales en nuestras prácticas de privacidad, enviaremos por correo copias de los avisos de cambio a todos los asegurados luego cubiertos por el Plan de Salud de Grupo. Las copias de nuestro Aviso vigente se pueden obtener poniéndose en contacto con:

Alexa Galindo
Gerente de Recursos Humanos
(617) 470-0522
agalindo@tmch.co

Decreto de Protección de Salud de Madres y Recién Nacidos

Bajo la Ley Federal, los planes de salud de grupo y emisores de seguro de salud que ofrecen cobertura de seguros de salud de grupo por lo general no pueden limitar beneficios por el tiempo de estadía en hospitales en relación con el parto para la madre o el niño recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o menos de 96 horas después de un parto por cesárea. Sin embargo, el plan o el emisor puede pagar por una estadía más corta si el proveedor de asistencia (por ejemplo: su médico, partera, o asistente de médico), después de consultar con la madre, dar de alta antes a la madre o al recién nacido.

También, bajo la ley Federal, los planes y emisores no podrán establecer el nivel de beneficios o costos fuera de su bolsillo para que cualquier porción de la estadía después de las 48 horas (o 96 horas) se trata de una manera menos favorable para la madre o recién nacido que cualquier porción anterior de la estadía.

Además, un plan o emisor no podrá, bajo la ley federal, exigir que un médico u otro proveedor de cuidado de salud obtenga autorización para prescribir una estadía de hasta 48 horas (o 96 horas). Sin embargo, para utilizar ciertos proveedores o instalaciones, o para reducir sus costos fuera de su bolsillo, usted puede ser requerido para obtener precertificación. Para obtener información acerca de precertificación, póngase en contacto con el administrador del plan.

“HIPAA” Derechos de Inscripción Especial

Si usted está rechazando para usted o sus dependientes (incluyendo su cónyuge) debido a otro seguro de salud o cobertura de plan de salud de grupo, es posible que pueda inscribirse e inscribir a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para la otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir hacia la cobertura de usted o sus dependientes). Sin embargo, usted debe solicitar la inscripción dentro de 30 días después de que termina su otra cobertura o la otra cobertura de sus dependientes (o después de que el empleador deja de contribuir a la otra cobertura). Nota: si el cambio se debe a elegibilidad de “Medicaid/CHIP”, hay un período de 60 días para elegibilidad de cambios de “Medicaid/CHIP” solamente..

Divulgación de la Protección del Paciente

El plan de salud HMO de Anthem generalmente requiere/permite la designación de un proveedor de atención primaria. Usted tiene el derecho de designar a cualquier proveedor de atención primaria que participe en nuestra red y que está disponible de aceptarlo como paciente a usted y a los miembros de su familia. Hasta que haga esta designación, Anthem asignará uno para usted. Para información de cómo seleccionar un proveedor de atención primaria, y para una lista de los proveedores de atención primaria participantes, póngase en contacto con Anthem HMO al 833-913-2236.

Para niños, usted puede asignar un pediatra como el proveedor de atención primaria.

Usted no necesita autorización previa de Anthem o de ninguna otra persona (incluyendo un proveedor de atención primaria) para obtener acceso a la atención obstétrica o ginecológica de un profesional de la salud en nuestra red que se especializa en obstetricia o ginecología. Sin embargo, puede ser necesario que el profesional de salud cumpla con ciertos procedimientos, incluyendo el obtener una autorización previa para ciertos servicios, siguiendo un plan de tratamiento previamente aprobado, o procedimientos para hacer referencias. Para obtener una lista de profesionales de la salud participantes que se especializan en obstetricia y ginecología, póngase en contacto con Anthem HMO al 833-913-2236.

Aviso Importante De TMC Group, LLC Sobre Su Cobertura Para Recetas Médicas y Medicare

Por favor lea este aviso cuidadosamente y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual para recetas médicas con TMC Group, LLC y sus opciones bajo la cobertura de Medicare para medicamentos recetados. Esta información le puede ayudar a decidir si desea o no unirse al Plan de Medicamentos de Medicare. 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 Medicare 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 y la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

1. La 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. Algunos planes pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
2. TMC Group, LLC ha determinado que la cobertura para recetas médicas ofrecida por el Plan Médico de Anthem, 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 Cobertura 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 de medicamentos.

¿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 medicamentos.

¿Qué Sucede Con Su Cobertura Actual Si Usted Decide Inscribirse En Un Plan de Medicare De Medicamentos?

Si usted decide inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos, su cobertura actual con TMC Group, LLC puede ser afectada.

Si usted decide inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos y cancela su cobertura actual a través de TMC Group, LLC, puede ser que más adelante ni usted ni sus dependientes puedan obtener su cobertura de nuevo.

¿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 TMC Group, LLC y no se inscribe en un plan de Medicare de medicamentos dentro de 63 días continuos después de que su cobertura actual termine, usted podría pagar primas más altas (penalidad) por inscribirse más tarde en un plan de Medicare de medicamentos.

Si usted lleva 63 días o más sin cobertura acreditable para recetas médicas, su prima mensual podría aumentar hasta por lo menos el 1% de la prima base de beneficiario de Medicare por 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 que la prima base de beneficiario de Medicare. Es posible que tenga que pagar esta prima más alta (penalidad) mientras tenga la cobertura de Medicare. Además, es posible que tenga 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 que se indica abajo para más información.

NOTA: Usted recibirá este aviso cada año. También lo recibirá antes del próximo período que usted pueda inscribirse un plan de medicamentos de Medicare, y si esta cobertura a través de TMC Group, LLC cambia. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para Más Información Sobre Sus Opciones Bajo Cobertura Medicare Para Recetas Médicas...

Información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos con receta se encuentran en el manual "Medicare & You". Usted recibirá una copia del manual de Medicare por correo cada año. También puede ser contactado directamente por los planes de medicamentos de Medicare.

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

- Visite www.medicare.gov
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (consulte su manual "Medicare & You" para obtener los números telefónicos) para obtener ayuda personalizada
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios "TTY" deberán llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene ingresos y recursos limitados, hay ayuda adicional para pagar la cobertura de Medicare para recetas médicas. Para más información sobre esta ayuda adicional, visite el Seguro Social en la "web" en www.socialsecurity.gov, o llame al 1-800-772-1213 ("TTY" 1-800-325-0778).

Recuerde: Guarde este aviso de Cobertura Acreditable. Si usted decide unirse a uno de los planes de medicamentos Medicare, usted puede ser requerido a proporcionar una copia de este aviso cuando se inscriba a fin de demostrar si mantiene o no una cobertura acreditable y, por lo tanto, si está o no obligado a pagar una prima más alta (una penalidad).

Fecha: 1 de Octubre del 2025

Nombre de la Entidad/Remitente: TMC Group, LLC

Dirección: 15615 Alton Pkwy Ste 450, Irvine, CA 92618

Alexa Galindo

Gerente de Recursos Humanos

(617) 470-0522

agalindo@tmch.co

Sus Derechos y Protecciones Contra Facturas Médicas Sorpresa

Cuando usted recibe cuidados de emergencia o le atiende un proveedor médico que no pertenece a la red en un hospital o centro de cirugía ambulatoria de la red, usted está protegido contra facturas o facturaciones del saldo sorpresa.

¿Qué es «facturación del saldo» (en ocasiones llamada «facturación sorpresa»)?

Cuando le atiende un médico u otro proveedor médico, es posible que deba pagar ciertos costos mediante desembolso directo, como copagos, coaseguros o deducibles. Es posible que tenga otros gastos o tenga que pagar toda la factura si le atiende un proveedor o visita un centro médico que no pertenezca a su red de plan de salud.

El término «fuera de la red» se refiere a proveedores y centros médicos que no tienen contrato con su plan de salud. Los proveedores médicos fuera de la red pueden tener autorización para facturarle por la diferencia entre lo que su plan de salud acepta pagar y la cantidad total facturada por el servicio.

A esto se le llama «facturación del saldo». Es muy probable que este importe sea superior a los costos dentro de la red por el mismo servicio y podría no considerarse para su límite anual de desembolso directo.

«La facturación sorpresa» es una factura inesperada del saldo. Esto puede suceder cuando usted no puede controlar quién participa en sus cuidados médicos; por ejemplo, cuando va a emergencias o programa una cita en un centro médico de la red, pero inesperadamente le atiende un proveedor médico que no pertenece a la red.

Usted está protegido contra la facturación del saldo para:

Servicios de emergencia - Si usted tuviera una emergencia médica y recibe los servicios de emergencia de un proveedor centro médico que no pertenece a la red, el importe máximo que puede facturarle ese proveedor o centro médico es el importe de costos compartidos de su plan de salud (como los copagos y coaseguros). A usted no le pueden facturar el saldo por estos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que usted pueda obtener después de que se encuentre en condición estable, excepto si usted da su consentimiento por escrito y renuncia a sus protecciones para que no le facturen el saldo por estos servicios post estabilización.

Algunos servicios en hospitales y centros de cirugía ambulatoria de la red -

Cuando usted recibe servicios de un hospital o centro de cirugía ambulatoria de la red, es posible que haya proveedores médicos que no pertenezcan a la red. En estos casos, lo más que estos proveedores pueden facturarle es la cantidad de costos compartidos dentro de la red de su plan de salud. Esto aplica a la medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorios, neonatología, auxiliares de Cuando usted recibe cuidados de emergencia o le atiende un proveedor medico que no pertenece a la red en un hospital o centro de cirugía ambulatoria de la red, usted está protegido contra facturas o facturaciones del saldo sorpresa. cirugía, medicina hospitalaria y servicios de terapia intensiva. Estos proveedores no pueden facturarle el saldo y no pueden pedirle renunciar a sus protecciones contra la facturación del saldo.

Si usted recibiera otros servicios en estos centros de la red, los proveedores que no pertenezcan a la red no pueden facturarle el saldo, excepto si usted da su consentimiento por escrito y renuncia a sus protecciones.

Usted nunca está obligado a renunciar a sus protecciones contra la facturación del saldo. Tampoco está obligado a recibir atención médica fuera de la red. Usted puede elegir un proveedor o centro médico de la red de su plan de salud.

Cuando no se permite la facturación del saldo, usted también cuenta con las siguientes protecciones:

- Usted es responsable solamente de pagar su parte de los costos (por ejemplo, los copagos, coaseguros y deducibles que pagaríaa un proveedor o centro médico de la red). Su plan de salud pagará directamente a los proveedores y centros médicos fuera de la red.
- Por lo general, su plan de salud tiene que:
 - Cubrir los servicios de emergencia sin exigirle obtener aprobación a priori para los servicios (autorización previa).
 - Cubrir los servicios de emergencia prestados por proveedores médicos fuera de la red.
 - Calcular lo que usted debe al proveedor o centro médico (costo compartido) en base a lo que usted pagaría a un proveedor o centro médico de la red y reflejar ese importe en la explicación de sus beneficios.
 - Incluya cualquier importe que usted pague por los servicios de emergencia o por servicios fuera de la red a favor de su límite de deducible o pago por cuenta propia.

Si usted cree que le han facturado en forma incorrecta, puede ponerse en contacto con el Departamento de Servicios Humanos y de Salud federal llamando al 1-800-985-3059. Vaya en línea a www.cms.gov/nosurprises para obtener más información sobre sus derechos al amparo de la legislación federal.

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.cuidadosdesalud.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.in-

surekidsnow.gov/ para información sobre como presentar su solicitud. Si usted es elegible, pregunte a su estado si tiene un programa que pueda ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para asistencia con primas bajo Medicaid o CHIP, y también son elegibles bajo el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan de su empleador, si usted aún no está inscrito. Esto se llama oportunidad de “inscripción especial”, y usted debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días de haberse determinado que usted es elegible para la asistencia con las primas. Si tiene preguntas sobre la inscripción en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento del Trabajo electrónicamente a través de www.askebsa.dol.gov o llame al servicio telefónico gratuito 1-866-444-EBSA (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 2026. 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 Alaska primas del seguro médico Sitio web: http://myakhipp.com Teléfono: 1-866-251-4861 Por correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad de Medicaid: http://dhss.alaska.gov/dpa/Pages/medicaid/default.aspx
ARKANSAS – Medicaid
Sitio web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)
CALIFORNIA – Medicaid
Sitio web: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program http://dhcs.ca.gov/hipp Teléfono: 916-445-8322 Por correo electrónico: 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://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus Atención al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/ retransmisor del estado: 711 Programa de compra de seguro de salud (HIBI, por sus siglas en inglés): https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/health-insurance-buy-program Atención al cliente de HIBI: 1-855-692-6442
FLORIDA – Medicaid
Sitio web: https://www.flmedicaidprecovery.com/flmedicaidprecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268
GEORGIA – Medicaid
Sitio web: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162 ext. 2131
INDIANA – Medicaid
Healthy Indiana Plan para adultos de bajos ingresos 19-64 Sitio web: http://www.in.gov/fssa/hip/ Teléfono: 1-877-438-4479 Todos los demás Medicaid Sitio web: https://www.in.gov/medicaid/ Teléfono: 1-800-457-4584
IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)
Sitio web de Medicaid: https://dhs.iowa.gov/ime/members Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366 Sitio web de Hawki: http://dhs.iowa.gov/Hawki Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563 Sitio web de HIPP: https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp Teléfono de HIPAA: 1-888-346-9562
KANSAS – Medicaid
Sitio web: https://www.kancare.ks.gov/ Teléfono: 1-800-792-4884
KENTUCKY – Medicaid
Sitio web del Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP): https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Teléfono: 1-855-459-6328 Por correo electrónico: KIHIPPPROGRAM@ky.gov Sitio web de KCHIP: https://kidshealth.ky.gov/es/Pages/default.aspx Teléfono: 1-877-524-4718 Sitio web de Medicaid de Kentucky: https://chfs.ky.gov/Pages/spanish.aspx

LOUISIANA – Medicaid
Sitio web: www.medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)
MAINE – Medicaid
Sitio web por inscripción: http://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms 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/info-details/masshealth-premium-assistance-pa Teléfono: 1-800-862-4840
MINNESOTA – Medicaid
Sitio web: https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp Teléfono: 1-800-657-3739
MISSOURI – Medicaid
Sitio web: https://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
NEBRASKA – Medicaid
Sitio web: 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/oi/hipp.htm Teléfono: 603-271-5218 Teléfono gratuito para el programa de HIPP: 1-800-852-3345, ext. 5218
NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP
Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Teléfono de Medicaid: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710
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.nd.gov/dhs/services/medicalsev/medicaid/ Teléfono: 1-844-854-4825
CAROLINA DEL SUR – Medicaid
Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820
DAKOTA DEL SUR – Medicaid
Sitio web: https://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059
OKLAHOMA – Medicaid y CHIP
Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742
OREGON – Medicaid
Sitio web: https://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx http://oregonhealthcare.gov/index-es.html Teléfono: 1-800-699-9075
PENSILVANIA – Medicaid
Sitio web: https://www.dhs.pa.gov/providers/Providers/Pages/Medical/HIPP-Program.aspx Teléfono: 1-800-692-7462

VERMONT– Medicaid
Sitio web: http://www.greenmountaincare.org/ Teléfono: 1-800-250-8427
VIRGINIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.cubrevirginia.org/hipp/ Teléfono de Medicaid: 1-800-432-5924 Teléfono de CHIP: 1-855-242-8282
WASHINGTON – Medicaid
Sitio web: http://www.hca.wa.gov Teléfono: 1-800-562-3022
WEST VIRGINIA – Medicaid
Sitio web: http://mywvhipp.com/ Teléfono gratuito: 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 2026, o para obtener más información sobre derechos de inscripción especial, comuníquese con alguno de los siguientes:

Departamento del Trabajo de EE.UU.
Administración de Seguridad de de Beneficios de los Empleados
www.dol.gov/agencies/ebsa/es/about-ebsa/our-activities/informacion-en-espanol
1-866-444-EBSA (3272)

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

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 del Título 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 del Título 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., a la siguiente dirección: U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, Office of Policy and Research, Attention: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210. También pueden enviar un correo electrónico a ebsa.opr@dol.gov y hacer referencia al número de control de la OMB 1210-0137.

Número de Control de OMB 1210-0137 (vence al 31 de mayo de 2029)