



AVISO DE CIERTOS PERÍODOS ESPECIALES DE INSCRIPCIÓN & AVISO DE HIPAA

Para: Empleados que son elegibles para participar en el Plan de salud grupal

Re: Períodos especiales de inscripción y recordatorio de aviso de HIPAA

AVISO DE CIERTOS PERÍODOS ESPECIALES DE INSCRIPCIÓN

Pérdida de otra cobertura

Si rechaza la inscripción para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a otro seguro de salud o cobertura de plan de salud grupal, puede inscribirse usted y sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador que ofrece esa otra cobertura deja de contribuir a su otra cobertura o la de sus dependientes). Sin embargo, debe declarar por escrito en el momento en que rechaza la inscripción que está rechazando debido a otra cobertura, y debe solicitar una inscripción especial dentro de los 30 días posteriores a la finalización de la otra cobertura de usted o de sus dependientes (o después de que el empleador ofrezca esa otra cobertura). la cobertura deja de contribuir a la otra cobertura).

Nuevo dependiente

Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción, puede inscribirse usted y sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Programa de seguro de salud para niños patrocinado por Medicaid o por el estado ("CHIP")

También se permite la inscripción especial para usted y sus dependientes que son elegibles para la cobertura pero no están inscritos si:

- 1) Su cobertura de Medicaid o CHIP o la de su dependiente finaliza como resultado de la pérdida de elegibilidad y usted solicita la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la finalización, o
- 2) Usted o su dependiente se vuelven elegibles para un subsidio de asistencia premium bajo Medicaid o CHIP, y solicita la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la determinación de elegibilidad.

Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, comuníquese con su representante de recursos humanos.



**RECORDATORIO DE DISPONIBILIDAD DE
AVISO HIPAA DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Mantenemos un Aviso de prácticas de privacidad (NPP) de HIPAA que describe cómo se puede usar y divulgar su información de salud. Cada tres años, debemos proporcionarle un recordatorio de nuestra central nuclear. Puede obtener una copia de nuestro NPP contactando (ingrese el nombre de la oficina que mantiene el NPP, la dirección y el número de teléfono) o envíe un correo electrónico a (proporcione la dirección de correo electrónico, si corresponde).

(Si publica el NPP en la web, indique lo siguiente). Una copia de nuestro NPP también está disponible en la web en (indique la dirección web).

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

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

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

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y usted cree que usted o cualquiera de sus dependientes puede ser elegible para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado, llame al **1-877-KIDS NOW** o visite espanol.insurekidsnow.gov/ para información sobre como presentar su solicitud. Si usted es elegible, pregunte a su estado si tiene un programa que pueda 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 2019. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad -

ALABAMA – Medicaid	ARKANSAS – Medicaid
Sitio web: http://myalhipp.com Teléfono: 1-855-692-5447	Sitio web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)
ALASKA – Medicaid	COLORADO – Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado)
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	Sitio web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/es Centro de atención al cliente: 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

<p align="center">FLORIDA – Medicaid</p> <p>Sitio web: http://flmedicaidtprecovery.com/hipp/ Teléfono: 1-877-357-3268</p>	<p align="center">MINNESOTA – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://mn.gov/dhs/people-we-serve/seniors/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.hsp Teléfono: 1-800-657-3739 o 651-431-2670</p>
<p align="center">GEORGIA – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162 ext. 2131</p>	<p align="center">MISSOURI – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005</p>
<p align="center">INDIANA - Medicaid</p> <p>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: http://www.indianamedicaid.com Teléfono: 1-800-403-0864</p>	<p align="center">MONTANA – Medicaid</p> <p>Sitio web: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIP Teléfono: 1-800-694-3084</p>
<p align="center">IOWA – Medicaid</p> <p>Sitio web: http://dhs.iowa.gov/Hawki Teléfono: 1-800-257-8563</p>	<p align="center">NEBRASKA – Medicaid</p> <p>Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: (855)632-7633 Lincoln: (402) 473-7000 Omaha: (402) 595-1178</p>
<p align="center">KANSAS – Medicaid</p> <p>Sitio web: http://www.kdheks.gov/hcf/ Teléfono: 1-785-296-3512</p>	<p align="center">NEVADA – Medicaid</p> <p>Sitio web de Medicaid: http://dwss.nv.gov/ Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900</p>
<p align="center">KENTUCKY – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://chfs.ky.gov Teléfono: 1-800-635-2570</p>	<p align="center">NUEVO HAMPSHIRE – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/oii/hipp.htm Teléfono: 603-271-5218 Teléfono gratuito para el programa de HIPP: 1-800-852-3345, ext. 5218</p>
<p align="center">LOUISIANA – Medicaid</p> <p>Sitio web: http://dhh.louisiana.gov/index.cfm/subhome/1/n/331 Teléfono: 1-888-695-2447</p>	<p align="center">NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP</p> <p>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</p>
<p align="center">MAINE – Medicaid</p> <p>Sitio web: http://www.maine.gov/dhhs/ofi/public-assistance/index.html Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Maine relay 711</p>	<p align="center">NUEVA YORK – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831</p>
<p align="center">MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web: http://www.mass.gov/eohhs/gov/departments/masshealth/ Teléfono: 1-800-862-4840</p>	<p align="center">CAROLINA DEL NORTE – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov Teléfono: 919-855-4100</p>

DAKOTA DEL NORTE – Medicaid	UTAH – Medicaid y CHIP
Sitio web: http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/ Teléfono: 1-844-854-4825	Sitio web de Medicaid: https://medicaid.utah.gov/spanish-language Sitio web: http://health.utah.gov/chip/espanol.htm Teléfono: 1-877-543-7669
CAROLINA DEL SUR – Medicaid	VERMONT– Medicaid
Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820	Sitio web: http://www.greenmountaincare.org/ Teléfono: 1-800-250-8427
DAKOTA DEL SUR – Medicaid	VIRGINIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059	Sitio web de Medicaid: http://www.coverva.org/programs_premium_assistance.cfm Teléfono de Medicaid: 1-800-432-5924 Sitio web de CHIP: http://www.coverva.org/programs_premium_assistance.cfm Teléfono de CHIP: 1-855-242-8282
OKLAHOMA – Medicaid y CHIP	WASHINGTON – Medicaid
Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742	Sitio web: http://www.hca.wa.gov Teléfono: 1-800-562-3022 ext. 15473
OREGON – Medicaid	WEST VIRGINIA – Medicaid
Sitio web: https://healthcare.oregon.gov/Pages/languages.aspx#1 http://oregonhealthcare.gov/index-es.html Teléfono: 1-800-699-9075	Sitio web: http://mywvhipp.com/ Teléfono gratuito: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)
PENSILVANIA – Medicaid	WISCONSIN – Medicaid y CHIP
Sitio web: http://www.dhs.pa.gov/providers/medicalassistance/healthinsurancepremiumpaymenthippprogram/index.htm Teléfono: 1-800-692-7462	Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/publications/pi/p10095.pdf Teléfono: 1-800-362-3002
RHODE ISLAND – Medicaid	WYOMING – Medicaid
Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov Teléfono: 855-697-4347	Sitio web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/ Teléfono: 307-777-7531
TEXAS – Medicaid	
Sitio web: http://pontehiptexas.com/ Teléfono: 1-800-440-0493	

Para saber si otros estados han agregado el programa de asistencia con primas desde el 31 de julio de 2019, o para obtener más información sobre derechos de inscripción especial, comuníquese con alguno de los siguientes:

Departamento del Trabajo de EE.UU.
Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados
www.dol.gov/agencies/ebsa
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 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 ebbsa.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 diciembre de 2019)



ACTA DE DERECHOS DE LA MUJER Y DEL CÁNCER DE LA MUJER

Para: Empleados que son elegibles para participar en el plan de salud grupal

Re: Aviso de derechos

La Ley de Derechos de la Mujer y el Cáncer de 1998 exige que los planes de salud grupales notifiquen la disponibilidad de ciertos beneficios provistos bajo el plan relacionados con una mastectomía si el plan de beneficios cubre servicios para una mastectomía. Este aviso para informarle sobre sus beneficios relacionados con una mastectomía.

La cobertura del plan de beneficios autofinanciado KeySolution patrocinado por su empleador brinda cobertura para servicios médicos de atención primaria, servicios médicos especializados, cobertura de medicamentos recetados que no sean de biotecnología / especialidad, servicios de laboratorio, servicios de rayos X e imágenes (CT / PET Scans y MRI) en relación con una mastectomía. El plan de beneficios KeySolution no brinda cobertura para ningún servicio de hospitalización ni servicios de cirugía, incluidos, entre otros, los servicios relacionados con la mastectomía, como la mastectomía o la cirugía reconstructiva. Además, el plan de beneficios no cubre los servicios de cirugía reconstructiva o prótesis, que incluyen, entre otros, la cirugía reconstructiva o la prótesis relacionadas con la mastectomía.

Los beneficios disponibles bajo el plan están sujetos al mismo deducible anual, coaseguro y / o copago, y las mismas disposiciones de beneficios aplicables de conformidad con el Plan. Consulte su Descripción resumida del plan para obtener más información sobre los beneficios disponibles en su Plan.

Si tiene alguna pregunta sobre la cobertura de mastectomías, comuníquese con su representante de beneficios de Recursos Humanos.

PY 2019-2020
KS MEC Heavy Plans

Aviso Importante de Sobre su Cobertura para Recetas Médicas y Medicare

Lea este aviso atentamente y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados con su empleador y sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarlo a decidir si desea inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. La información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados se encuentra al final de este aviso.

Hay tres 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 todas las personas 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. Key Benefit Administrators han determinado que la cobertura de medicamentos recetados que ofrece su plan a través de su empleador es, en promedio, para todos los participantes del plan, NO se espera que pague tanto como paga la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Por lo tanto, su cobertura se considera cobertura no acreditable. Esto es importante porque, lo más probable es que obtenga más ayuda con los costos de sus medicamentos si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, que si solo tiene cobertura de medicamentos recetados de su plan del empleador. Esto también es importante porque puede significar que puede pagar una prima más alta (una multa) si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare cuando es elegible por primera vez.**
- 3. Puede mantener su cobertura actual de su empleador. Sin embargo, debido a que su cobertura no es acreditable, tiene que tomar decisiones sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare que pueden afectar la cantidad que paga por esa cobertura, dependiendo de si y cuando se inscribe en un plan de medicamentos. Cuando tome su decisión, debe comparar su cobertura actual, incluidos los medicamentos que están cubiertos, con la cobertura y el costo de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su área. Lea atentamente este aviso, explica sus opciones.**

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

Puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare cuando sea elegible por primera vez para Medicare y cada año desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Sin embargo, si decide cancelar su cobertura actual con su empleador, ya que es una cobertura grupal patrocinada por el empleador / sindicato, será elegible para un Período de inscripción especial (SEP) de dos (2) meses para afiliarse a un plan de medicamentos de Medicare; sin embargo, también puede pagar una prima más alta (una multa) porque no tenía cobertura acreditable en el plan de su empleador. Si está perdiendo una cobertura acreditable de medicamentos recetados bajo su plan, también puede ser elegible para un Período de inscripción especial (SEP) de dos (2) meses para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

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

Debido a que la cobertura de su plan del empleador no es acreditable, dependiendo de cuánto tiempo permanezca sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados, puede pagar una multa para afiliarse a un plan de medicamentos de Medicare. A partir del final del último mes en el que fue elegible por primera vez para afiliarse a un plan de medicamentos de Medicare pero no se unió, si transcurre 63 días seguidos o más sin una cobertura de medicamentos recetados que sea acreditable, su prima mensual puede aumentar al menos 1% de la prima de beneficiario base de Medicare por mes por cada mes que no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin una cobertura acreditable, su prima puede ser consistentemente al menos un 19% más alta que la prima del beneficiario base de Medicare. Es posible que deba pagar esta prima más alta (multa) siempre que tenga cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que deba esperar hasta el siguiente octubre para unirse.

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

Si decide afiliarse a un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura de empleador actual no se verá afectada. Si decide afiliarse a un plan de medicamentos de Medicare y cancelar su cobertura actual de empleador, tenga en cuenta que es posible que usted y sus dependientes no puedan volver a obtener esta cobertura.

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

Para obtener más información, comuníquese con la persona que figura a continuación o llame a su departamento de recursos humanos. 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 su empleador cambia. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para obtener más información sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare ...

Puede encontrar información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados en el manual "Medicare y usted". Cada año recibirá una copia del manual en el correo de Medicare. También pueden contactarlo directamente 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 la portada posterior 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 disponible ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite el Seguro Social en la web en www.segurosocial.gov o llámelos al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Date: September 2019

Name of Entity/Sender: Key Benefit Administrators

Contact: Client Services

Address: P.O. Box 147, Fort Mill, SC 29716 - 0147

Account Resources Phone: 877-816-5788 Ext: 7