



Avisos y Divulgaciones Anuales de Empleados

Año de beneficio: 2026



NOTA: Si usted (y/o sus dependientes) tiene Medicare o será elegible para Medicare en los próximos 12 meses, una ley federal le ofrece más opciones sobre su cobertura de medicamentos con receta. Por favor, consulte el AVISO DE LA PARTE D DE MEDICARE en la página 14 de este paquete para más detalles.

Este paquete contiene los avisos anuales obligatorios de beneficios para empleados. Estos avisos proporcionan información importante sobre tus derechos y protecciones bajo la legislación federal y estatal relacionadas con tu salud, jubilación y otros beneficios laborales.

Por favor, guarda este paquete junto con los documentos de tu plan para tus registros y regítralo según sea necesario a lo largo del año.

Índice de Avisos	
Título del Aviso o Divulgación	Página
FMLA (Ley de Baja Familiar y Médica)	3
USERRA (Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados)	4
Aviso de Prácticas de Privacidad HIPAA	6
Aviso de Derechos Especiales de Inscripción	10
Cobertura de Continuación de COBRA	11
Receta de Medicare (Parte D) Acreíble	14
Nueva cobertura del mercado de seguros de salud	16
Asistencia para primas bajo Medicaid y Programas de Seguro de Salud Infantil (CHIP)	19
WHCRA (Ley de Derechos de la Salud y Cáncer de la Mujer)	22
Ley de No Discriminación en Información Genética	23
Ley de Protección de la Salud del Recién Nacido y la Madre	23
Ley de Paridad en Salud Mental y Equidad en Adicciones (MHPAEA)	23
Aviso de Protección al Paciente	23
Facturación médica sorpresa	24

Si tiene alguna pregunta sobre el contenido de cualquier aviso contenido en este paquete informativo, por favor contacte con su Departamento de Recursos Humanos o con el Administrador del Plan.

¡Gracias por vuestra dedicación a nuestra organización!

Eagle Mountain Casino

Administrador del Seguro:

Eagle Mountain Casino

1850 West St.

Porterville, CA 93257

Mindy Alcántara

Mindy.alcantara@eaglemtncasino.com | 559-788-1884

AVISO GENERAL DE LA FMLA: TUS DERECHOS DE LOS EMPLEADOS BAJO LA FMLA

¿Qué es la baja FMLA?

La Ley de Permiso Familiar y Médico (FMLA) es una ley federal que otorga a los empleados elegibles permisos protegidos por motivos familiares y médicos que cumplan los requisitos. La División de Salarios y Horas (WHD) del Departamento de Trabajo de EE. UU. hace cumplir la FMLA para la mayoría de los empleados.

Los empleados elegibles pueden tomar hasta 12 semanas laborales de baja FMLA en un periodo de 12 meses para:

- El nacimiento, adopción o acogida de un niño con usted,
- Tu grave condición mental o física que te impide trabajar,
- Cuidar de tu cónyuge, hijo o progenitor con una grave condición de salud mental o física, y
- Ciertos motivos que califican están relacionados con el despliegue en el extranjero de tu cónyuge, hijo o progenitor que es miembro del servicio militar.

Un empleado elegible que sea cónyuge, hijo, padre o familiar más cercano de un militar cubierto con una lesión o enfermedad grave **puede tomar hasta 26 semanas** laborales de baja FMLA en un solo periodo de 12 meses para cuidar al militar.

Tienes derecho a usar la baja FMLA en **un bloque de tiempo**. Cuando sea médicamente necesario o esté permitido, puedes tomar la baja FMLA **de forma intermitente en bloques de tiempo separados, o con un horario reducido** trabajando menos horas cada día o semana. Lee la Hoja Informativa #28M(c) para más información.

La baja FMLA **no es licencia remunerada**, pero puedes elegir, o ser obligado por tu empleador, a utilizar cualquier baja pagada proporcionada por el empleador si la política de permiso remunerado de tu empleador cubre el motivo por el que necesitas la baja FMLA.

¿Soy elegible para tomar la baja FMLA?

Eres un empleado elegible si se aplican todas las siguientes condiciones:

- Trabajas para un empleador cubierto,
- Has trabajado para tu empleador durante 12 meses,
- Tienes al menos 1.250 horas de servicio para tu empleador durante los 12 meses previos a tu salida, y
- Tu empresa tiene al menos 50 empleados a menos de 75 millas de tu lugar de trabajo.

Los empleados de la tripulación de vuelo de las aerolíneas tienen diferentes requisitos de "horas de servicio".

Trabajas para un **empleador cubierto** si **se aplica una** de las siguientes condiciones:

- Trabajas para un empleador privado que tuvo al menos 50 empleados durante al menos 20 semanas laborales en el año natural actual o anterior,
- Trabajas en un colegio de primaria o secundaria público o privado, o
- Trabajas para una agencia pública, como una agencia gubernamental local, estatal o federal. La mayoría de los empleados federales están cubiertos por el Título II de la FMLA, administrado por la Oficina de Gestión de Personal.

¿Cómo solicito la baja FMLA?

Generalmente, **para solicitar la baja FMLA debes:**

- Sigue las políticas habituales de tu empleador para solicitar permisos,
- Da un aviso al menos 30 días antes de que necesites la baja FMLA, o
- Si no es posible avisar con antelación, avisa lo antes posible.

No tienes que compartir un diagnóstico médico, pero debes proporcionar suficiente información a tu empleador para que pueda determinar si la baja califica para la protección FMLA. También debes informar a tu empleador si se ha tomado o aprobado previamente la baja FMLA por el mismo motivo al solicitar excedentes adicionales.

Su empleador puede solicitar la certificación de un proveedor sanitario para verificar la baja médica y puede solicitar la certificación de una exigencia que cumpla los requisitos.

La FMLA no afecta a ninguna ley federal o estatal que prohíba la discriminación ni prevalece sobre ninguna ley estatal o local ni convenio colectivo que ofrezca mayores derechos de permiso familiar o médico.

Los empleados estatales pueden estar sujetos a ciertas limitaciones en la búsqueda de demandas directas relacionadas con permisos por sus propias condiciones graves de salud. La mayoría de los empleados federales y ciertos empleados del Congreso también están sujetos a la ley, pero están sujetos a la jurisdicción de la Oficina de Gestión de Personal de EE. UU. o del Congreso.

¿Qué debe hacer mi empleador?

Si tienes derecho a la baja FMLA, tu **empleador debe**:

- Te permiten tomar un tiempo libre protegido por el trabajo por una razón que cumple con los requisitos,
- Continúa con la cobertura de tu plan de salud grupal mientras estés de baja en la misma base que si no hubieras tomado permiso, y
- Permitirte volver al mismo trabajo, o a uno prácticamente idéntico con el mismo salario, beneficios y otras condiciones laborales, incluyendo turno y ubicación, al final de tu permiso.

Tu **empleador no puede interferir con tus derechos bajo la FMLA** ni amenazarte ni castigarte por ejercer tus derechos legales. Por ejemplo, tu empleador no puede tomar represalias contra ti por solicitar la baja FMLA o por cooperar con una investigación de WHD.

Tras saber que tu necesidad de permiso es por una razón que puede calificar bajo la FMLA, tu **empleador debe confirmar si eres elegible** o no para la baja FMLA. Si tu empleador determina que eres elegible, **debe notificarte por escrito**:

- Sobre tus derechos y responsabilidades bajo la FMLA, y
- ¿Cuánto de tu permiso solicitado, si es que hay alguno, será protegido por FMLA?

¿Dónde puedo encontrar más información?

Llama al **1-866-487-9243** o visita **dol.gov/fmla** para obtener más información.

Si crees que tus derechos bajo la FMLA han sido violados, puedes presentar una queja ante WHD o presentar una demanda privada contra tu empleador en los tribunales.

LEY DE DERECHOS LABORALES Y DE REEMPLIO DE LOS SERVICIOS UNIFORMADOS (USERRA)

USERRA protege los derechos laborales de las personas que, voluntaria o involuntariamente, abandonan puestos laborales para realizar servicio militar o ciertos tipos de servicio en el Sistema Nacional de Medicina de Desastres. La USERRA también prohíbe a los empleadores discriminar a los miembros actuales y pasados de los servicios uniformados, así como a los solicitantes de los servicios uniformados.

Derechos de reemplazo

Tienes derecho a ser reemplazado en tu empleo civil si dejas ese puesto para prestar servicio en el servicio uniformado y:

- Te aseguras de que tu empleador reciba un aviso previo escrito o verbal de tu servicio;

- Tienes cinco años o menos de servicio acumulado en los servicios uniformados mientras trabajas con ese empleador en particular;
- Vuelve al trabajo o solicita la recontractación de manera oportuna tras finalizar el servicio; y
- No has sido separado del servicio con una baja descalificante ni bajo condiciones distintas a las honorables.

Si eres elegible para volver a estar empleado, debes ser restituido al puesto y a los beneficios que habrías obtenido si no hubieras estado ausente por servicio militar o, en algunos casos, por un trabajo comparable.

Derecho a estar libre de discriminación y represalias

Si tú:

- son miembros actuales o pasados del Servicio Uniformado;
- han solicitado la membresía en el Servicio Uniformado; o
- están obligados a servir en el Servicio Uniformado; Entonces un empleador no puede denegarte:
- empleo inicial;
- reempleo;
- retención en el empleo;
- ascenso; o
- Cualquier beneficio de empleo debido a este estatus.

Además, un empleador no puede tomar represalias contra nadie que ayude en la aplicación de los derechos de la USERRA, incluyendo testificar o hacer una declaración en relación con un procedimiento bajo USERRA, incluso si esa persona no tiene ninguna relación con el servicio.

Protección de seguro de salud

- Si dejas tu trabajo para realizar el servicio militar, tienes derecho a elegir continuar con la cobertura de tu plan de salud actual basado en el empleador para ti y tus dependientes durante hasta 24 meses mientras estés en el ejército.
- Incluso si no eliges continuar con la cobertura durante tu servicio militar, tienes derecho a ser readmitido en el plan de salud de tu empleador cuando estés reemplazado, generalmente sin periodos de espera ni exclusiones (por ejemplo, exclusiones por condiciones preexistentes), salvo en casos de enfermedades o lesiones relacionadas con el servicio.

Aplicación

- El Departamento de Trabajo de EE. UU., Servicio de Empleo y Formación para Veteranos (VETS), está autorizado para investigar y resolver denuncias sobre violaciones de la USERRA.
- Para recibir ayuda para presentar una queja o cualquier otra información sobre USERRA, contacte con VETS en el 1-866-4-USA-DOL o visite su página web en <https://www.dol.gov/agencies/vets/>. En <https://webapps.dol.gov/elaws/vets/userra> se puede consultar un asesor interactivo online de USERRA.
- Si presenta una queja ante VETS y VETS no puede resolverla, puede solicitar que su caso sea remitido al Departamento de Justicia o a la Oficina del Fiscal Especial, según corresponda, para su representación.
- También puedes saltarte el proceso VETS y presentar una acción civil contra un empleador por infracciones de USERRA.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Eagle Mountain Casino
1850 West St.
Porterville, CA 93257

Responsable de privacidad:

Mindy Alcántara

Mindy.alcantara@eaglemtncasino.com | 559-788-1884

Tu información. Tus derechos. Nuestras responsabilidades.

Este aviso describe cómo puede utilizarse y divulgarse la información médica sobre ti y cómo puedes acceder a esta información. **Por favor, revísalo detenidamente.**

Tus derechos

Tienes derecho a:

- Consigue una copia de tus registros de salud y reclamaciones
- Corrige tus registros de salud y reclamaciones
- Solicitar comunicación confidencial
- Pídenos que limitemos la información que compartimos
- Obtén una lista de quienes hemos compartido tu información
- Consigue una copia de este aviso de privacidad
- Elige a alguien que actúe por ti
- Presenta una queja si crees que se han violado tus derechos de privacidad

Tus elecciones

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

- Responde a las preguntas de cobertura de tu familia y amigos
- Proporcionar ayuda en desastres
- Promociona nuestros servicios y vende tu información

Nuestros usos y divulgaciones

Podemos usar y compartir tu información tal como:

- Ayuda a gestionar el tratamiento sanitario que recibes
- Dirigir nuestra organización
- Paga tus servicios de salud
- Administra tu plan de salud
- Ayuda con cuestiones de salud pública y seguridad
- Haz investigación
- Cumplir con la ley
- Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un forense o un director funerario
- Atender solicitudes de compensación laboral, fuerzas del orden y otras solicitudes gubernamentales
- Responder a demandas y acciones legales

En la medida en que tengamos sus registros de pacientes con trastornos por consumo de sustancias, sujetos a la parte 2 del 42 CFR, no compartiremos esa información para investigaciones o procedimientos legales en su contra sin (1) su consentimiento por escrito o (2) una orden judicial y una citación judicial.

Tus derechos

En lo que respecta a tu información sanitaria, tienes ciertos derechos. Esta sección explica tus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarte.

Consigue una copia de los registros de salud y reclamaciones

- Puedes pedir ver o obtener una copia de tus registros de salud, reclamaciones y otra información sanitaria que tengamos sobre ti. Pregúntanos cómo hacerlo.
- Proporcionaremos una copia o un resumen de tus registros de salud y reclamaciones, normalmente en un plazo de 30 días desde tu solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el coste.

Pídenos que corrijamos los registros de salud y reclamaciones

- Puedes pedirnos que corrijásemos tus historiales de salud y reclamaciones si crees que son incorrectos o incompletos. Pregúntanos cómo hacerlo.
- Puede que digamos "no" a tu petición, pero te lo diremos por escrito en un plazo de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puedes pedirnos que te contactemos de una forma específica (por ejemplo, teléfono fijo u oficina) o que enviemos correo a otra dirección.
- 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

- Puede pedirnos que no utilizemos ni compartamos cierta información sanitaria para tratamiento, pago o nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar tu solicitud, y podemos decir "no", por ejemplo, si esto puede afectar a tu atención. Si aceptamos tu solicitud, aún podemos compartir esta información en caso de que necesites tratamiento de emergencia.

Consigue una lista de quienes hemos compartido información

- Puedes pedir una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido tu información sanitaria durante seis años antes de la fecha en que preguntas, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto las relacionadas con tratamiento, pagos y operaciones sanitarias, así como ciertas otras divulgaciones (como las que nos pidió que hiciéramos). Proporcionaremos una contabilidad al año de forma gratuita, pero cobraremos una tarifa razonable basada en costes si pides otra en 12 meses.

Consigue una copia de este aviso de privacidad

Puedes solicitar una copia en papel de este aviso en cualquier momento, incluso si has aceptado recibirlo electrónicamente. Te proporcionaremos una copia en papel de forma rápida.

Elige a alguien que actúe por ti

- Si alguien tiene autoridad para actuar como tu representante personal, como si alguien tiene tu poder notarial 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 esa autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

Presenta una queja si sientes que se han vulnerado tus derechos

- Puedes presentar una queja si consideras que hemos violado tus derechos contactando con el Administrador de tu Plan.
- Puedes presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando **al 1-877-696-6775**, o **visitando <https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html>**.
- No tomaremos represalias contra ti por presentar una queja

Tus elecciones

Para cierta información sobre salud, puedes contarnos tus opciones sobre lo que compartimos. Si tienes una preferencia clara sobre cómo compartimos tu información en las situaciones descritas a continuación, habla con nosotros. Dinos qué quieres que hagamos y seguiremos tus instrucciones.

En estos casos, tienes tanto el derecho como la opción de decirnos que:

- Comparte información con tu familia, amigos cercanos u otras personas implicadas en el pago por tu cuidado
- Comparte información en una situación de ayuda en desastres

Si no puedes decirnos tu preferencia, por ejemplo si estás inconsciente, podemos 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:

- Fines de marketing
- Venta de tu información

Nuestros usos y divulgaciones

¿Cómo solemos usar o compartir tu información de salud?

Normalmente utilizamos o compartimos tu información sanitaria de las siguientes maneras.

Ayuda a gestionar el tratamiento sanitario que recibes

Podemos utilizar tu información sanitaria y compartirla con profesionales que te tratan.

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

Dirigir nuestra organización

- Podemos utilizar y compartir tu información para gestionar nuestra organización y ponernos en contacto contigo cuando sea necesario.
- No se nos permite usar información genética para decidir si te daremos cobertura ni el precio de esa cobertura. Esto no se aplica a los planes de cuidados a largo plazo.

Ejemplo: Utilizamos información sanitaria sobre ti para desarrollar mejores servicios para ti.

Paga tus servicios de salud

Podemos utilizar y divulgar tu información sanitaria mientras pagamos tus servicios de salud.

Ejemplo: Compartimos información sobre ti con tu plan dental para coordinar el pago de tus trabajos dentales.

Administra tu plan

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

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

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

Se nos permite o está obligado a compartir tu información de otras maneras, normalmente de formas que contribuyan al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir muchas condiciones legales antes de poder compartir tu información para estos fines. Y en todos los casos, si disponemos de registros de pacientes con trastornos por consumo de sustancias sobre usted, sujetos a la parte 2 del 42 CFR, no podemos utilizar ni compartir información en esos registros en investigaciones o procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos en su contra sin (1) su consentimiento o (2) una orden judicial y una citación judicial.

Ayuda con cuestiones de salud pública y seguridad

Podemos compartir información sanitaria sobre ti para ciertas situaciones como:

- Prevención de enfermedades
- Ayuda con retiradas de productos
- Notificación de reacciones adversas a medicamentos
- Denunciar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o seguridad de cualquier persona

Haz investigación

Podemos utilizar o compartir tu información para la investigación en salud.

Cumplir con la ley

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

Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un forense o un director funerario

- Podemos compartir información sanitaria sobre ti con organizaciones de adquisición de órganos.
- Podemos compartir información sanitaria con un forense, forense o director de funeraria cuando una persona fallece.

Atender solicitudes de compensación laboral, fuerzas del orden y otras solicitudes gubernamentales

Podemos utilizar o compartir información sanitaria sobre ti:

- Para reclamaciones de compensación laboral
- Para fines policiales o con un funcionario
- Con agencias de supervisión sanitaria para actividades autorizadas por la ley
- Para funciones gubernamentales especiales como el ejército, la seguridad nacional y los servicios de protección presidencial.

Responder a demandas y acciones legales

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

Nuestras responsabilidades

- Por ley estamos obligados a mantener la privacidad y seguridad de tu información sanitaria protegida.
- Te informaremos de inmediato si ocurre una brecha que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de tu información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritos en este aviso y proporcionarle una copia.
- No utilizaremos ni compartiremos su información que no sea la descrita en este aviso a menos que nos lo indique por escrito. Si nos dices que podemos, puedes cambiar de opinión en cualquier momento. Avísennos por escrito si cambias de opinión.

Para más información, véase:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.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 tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a petición en nuestra página web, y te enviaremos una copia por correo.

Otra información

Cumplimos con todas las leyes federales y de California aplicables que regulan la privacidad y seguridad de la información sanitaria protegida, incluyendo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA) y, cuando corresponde, la Ley de Confidencialidad de la Información Médica de California (CMIA). Utilizamos y divulgamos información sanitaria protegida solo cuando lo permita o sea exigido por la ley o según se describa en este Aviso de Prácticas de Privacidad. Mantenemos las salvaguardas administrativas, físicas y técnicas adecuadas para proteger la privacidad y seguridad de tu información sanitaria protegida.

AVISO DE DERECHOS ESPECIALES DE INSCRIPCIÓN

Si rechazas la inscripción para ti o tus dependientes (incluido tu cónyuge) debido a otra cobertura de seguro médico o de un plan de salud grupal, podrías inscribirte a ti mismo y a tus dependientes en este plan si tú o tus dependientes pierdes la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir a tu cobertura o a la de tus dependientes). Sin embargo, debes solicitar la inscripción dentro de los 31 días posteriores a que finalice tu otra cobertura o la de tus dependientes (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).

Si tienes un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción, podrías inscribirte a ti mismo y a tus dependientes. Sin embargo, debes solicitar la inscripción dentro de los 31 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Si tú o tu(s) dependiente(s) pierdes la cobertura bajo un Programa de Seguro de Salud Infantil (CHIP) o Medicaid estatal, es posible que puedas inscribirte a ti mismo y a tus dependientes. Sin embargo, debes solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la pérdida de la cobertura CHIP o Medicaid.

Si tú o tu(s) dependiente(s) llegaréis a ser elegibles para recibir ayuda de prima bajo un CHIP estatal o Medicaid, podrías inscribirte a ti mismo y a tus dependientes. Sin embargo, debes solicitar la inscripción dentro de los 60 días siguientes a la determinación de la elegibilidad para la ayuda de primas por parte del CHIP estatal o Medicaid.

Para solicitar una inscripción especial o obtener más información, contacte con el administrador de su Seguro.

**** Derechos de Continuación bajo COBRA ****

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

Introducción

Recibes este aviso porque recientemente obtuviste cobertura bajo un plan de salud grupal (el Seguro). Este aviso contiene información importante sobre tu derecho a la cobertura de continuación COBRA, que es una extensión temporal de la cobertura bajo el Sistema. **Este aviso explica la cobertura de continuación de COBRA, cuándo puede estar disponible para usted y su familia, y qué debe hacer para proteger su derecho a obtenerla.** Cuando seas elegible para COBRA, también puedes ser elegible para otras opciones de cobertura que pueden costar menos que la cobertura de continuación de COBRA.

El derecho a la cobertura de continuación de COBRA fue creado por una ley federal, la Ley Unificada de Reconciliación Presupuestaria Omnibus de 1985 (COBRA). La cobertura de continuación de COBRA puede estar disponible para ti y otros miembros de tu familia cuando la cobertura de salud grupal terminaría de otro modo. Para más información sobre sus derechos y obligaciones bajo el Plan y la ley federal, debe consultar la Descripción Resumida del Plan o contactar con el Administrador del Plan.

Puede que dispongas de otras opciones cuando pierdas la cobertura de salud grupal. Por ejemplo, puede que sea elegible para comprar un plan individual a través del Mercado de Seguros de Salud. Al inscribirte en una cobertura a través del Marketplace, podrías optar a menores costes en tus primas mensuales y a menores costes de bolsillo. Además, podrías optar a un periodo especial de inscripción de 30 días para otro plan de salud grupal al que seas elegible (como el plan de cónyuge), aunque ese plan generalmente no acepte inscritos tardíos.

¿Qué es la Cobertura de Continuación COBRA?

La cobertura de continuación de COBRA es una continuación de la cobertura del Plan cuando de otro modo terminaría debido a un evento vital. Esto también se denomina "prueba clasificatoria". Los eventos clasificatorios específicos se listan más adelante en este aviso. Tras un evento calificativo, la cobertura de continuación de COBRA debe ofrecerse a cada persona que sea un "beneficiario cualificado". Tú, tu cónyuge y tus hijos dependientes podríais convertirte en beneficiarios cualificados si se pierde la cobertura bajo el Plan debido al evento que califica. Según el Plan, los beneficiarios cualificados que elijan la cobertura de continuación de COBRA deben pagar por la cobertura de continuación de COBRA.

Si eres empleado, te convertirás en beneficiario cualificado si pierdes la cobertura del Plan debido a los siguientes eventos que califican:

- Tus horas de empleo se reducen, o
- Tu empleo termina por cualquier motivo que no sea tu mala conducta grave.

Si eres cónyuge de un empleado, te convertirás en beneficiario cualificado si pierdes la cobertura bajo el Plan debido a los siguientes eventos que califican:

- Tu cónyuge muere;
- Las horas de empleo de tu cónyuge se reducen;
- El empleo de tu cónyuge termina por cualquier motivo que no sea su grave mala conducta;
- Tu cónyuge pasa a tener derecho a prestaciones de Medicare (bajo la Parte A, la Parte B o ambas);
o
- Te divorcias o te separas legalmente de tu cónyuge.

Tus hijos dependientes se convertirán en beneficiarios cualificados si pierden la cobertura bajo el Plan debido a los siguientes eventos que califican:

- El padre-empleado muere;
- Se reducen las horas de empleo del padre y empleado;
- El empleo del padre-empleado termina por cualquier motivo que no sea su grave mala conducta;
- El padre y trabajador pasa a tener derecho a beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas);
- Los padres se divorcian o se separan legalmente; o
- El niño deja de ser elegible para la cobertura bajo el Plan como "hijo dependiente".

A veces, presentar un procedimiento de bancarrota bajo el título 11 del Código de los Estados Unidos puede ser un evento que califica. Si se presenta un procedimiento de bancarrota respecto a la Empresa, y dicha bancarrota supone la pérdida de cobertura de cualquier empleado jubilado cubierto por el Plan, el empleado jubilado se convertirá en beneficiario cualificado. El cónyuge, el cónyuge superviviente y los hijos dependientes del empleado jubilado también se convertirán en beneficiarios cualificados si la bancarrota provoca la pérdida de su cobertura bajo el Plan.

¿Cuándo está disponible la Cobertura de Continuación COBRA?

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

- El fin del empleo o la reducción de horas de empleo;
- Fallecimiento del empleado;
- Inicio de un procedimiento de bancarrota respecto al empleador; o
- El empleado adquiere derecho a beneficios de Medicare (bajo la Parte A, la Parte B o ambas).

Para todos los demás eventos que cumplan los requisitos (divorcio o separación legal del empleado y cónyuge o pérdida de elegibilidad de un hijo dependiente para la cobertura como hijo dependiente), debe notificar al Administrador del Plan en un plazo de 60 días desde que ocurra el evento que cumple los requisitos. Debe proporcionar este aviso al Administrador del Seguro.

¿Cómo se ofrece la Cobertura de Continuación COBRA?

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

La cobertura de continuación COBRA es una continuación temporal que generalmente dura 18 meses debido al terminamiento laboral o a la reducción de horas de trabajo. Ciertos eventos que califican, o un segundo evento calificativo durante el periodo inicial de cobertura, pueden permitir que un beneficiario reciba un máximo de 36 meses de cobertura.

También existen formas en que este periodo de 18 meses de cobertura de continuidad de COBRA puede extenderse:

Extensión de la cobertura de continuidad de COBRA durante un periodo de 18 meses por discapacidad

Si usted o cualquier miembro de su familia cubierto por el Plan es determinado por la Seguridad Social como discapacitado y notifica al Administrador del Plan de forma oportuna, usted y toda su familia

podrías tener derecho a obtener hasta 11 meses adicionales de cobertura de continuidad COBRA, por un máximo de 29 meses. La discapacidad tendría que haber comenzado en algún momento antes del día 60 de la cobertura de continuación de COBRA y debe durar al menos hasta el final del periodo de 18 meses de cobertura de continuidad COBRA. Para obtener información sobre cualquier procedimiento adicional del plan, incluyendo la documentación requerida, la parte correspondiente a la que debe enviarse el aviso y los plazos aplicables, por favor contacte con el Administrador de su Plan.

Segunda prórroga del evento clasificatorio del periodo de continuación de 18 meses

Si tu familia experimenta otro evento que cumple los requisitos durante los 18 meses de cobertura de continuación COBRA, el cónyuge y los hijos dependientes de tu familia pueden obtener hasta 18 meses adicionales de cobertura de continuación COBRA, por un máximo de 36 meses, si el Plan es debidamente notificado sobre el segundo evento que califica. Esta prórroga puede estar disponible para el cónyuge y cualquier hijo dependiente que reciba cobertura de continuación COBRA si el empleado o ex empleado fallece; pasa a tener derecho a beneficios de Medicare (bajo la Parte A, la Parte B o ambas); se divorcia o se separa legalmente; o si el hijo dependiente deja de ser elegible bajo el Plan como hijo dependiente. Esta prórroga solo está disponible si el segundo evento que cumple los requisitos habría hecho que el cónyuge o el hijo dependiente perdiera la cobertura bajo el Plan si el primer evento calificativo no hubiera ocurrido.

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

Sí. En lugar de inscribirte en la cobertura de continuación de COBRA, puede haber otras opciones de cobertura para ti y tu familia a través del Mercado de Seguros de Salud, Medicare, Medicaid, el Programa de Seguro de Salud Infantil (CHIP) u otras opciones de cobertura de planes de salud grupales (como el plan de un cónyuge) a través de lo que se denomina un "periodo especial de inscripción". Algunas de estas opciones pueden costar menos que la cobertura de continuación de COBRA. Puedes aprender más sobre muchas de estas opciones en www.healthcare.gov.

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

En general, si no te inscribes en Medicare Parte A o B cuando eres elegible por primera vez porque sigues empleado, después del periodo inicial de inscripción de Medicare, tienes un periodo especial de inscripción de 8 meses¹ para inscribirte en Medicare Parte A o B, comenzando a principios de

- El mes después de que termine tu empleo; o
- El mes siguiente termina la cobertura del plan de salud grupal basada en el empleo actual.

Si no te inscribes en Medicare y eliges la cobertura de continuación de COBRA, puede que tengas que pagar una penalización por inscripción tardía de la Parte B y podrías tener un vacío en la cobertura si decides que quieres la Parte B más adelante. Si eliges la cobertura de continuación de COBRA y luego te inscribes en la Parte A o B de Medicare antes de que termine la cobertura de continuidad COBRA, el Plan puede terminar tu cobertura de continuación. Sin embargo, si la Parte A o B de Medicare es efectiva en la fecha o antes de la elección COBRA, la cobertura COBRA no puede ser suspendida debido al derecho a Medicare, incluso si se inscribe en la otra parte de Medicare después de la fecha de elección de la cobertura COBRA.

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

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

Si tienes preguntas

Las preguntas sobre tu Plan o tus derechos de cobertura de continuación COBRA deben dirigirse al contacto o contactos identificados a continuación. Para más información sobre sus derechos bajo la Ley de Seguridad de Ingresos para Jubilación de Empleados (ERISA), incluyendo COBRA, la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible, y otras leyes que afectan a los planes de salud grupales, contacte con la Oficina Regional o de Distrito más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (EBSA) del Departamento de Trabajo de EE. UU. en su zona o visite www.dol.gov/ebsa. (Las direcciones y números de teléfono de las oficinas regionales y distritales de EBSA están disponibles a través de la página web de EBSA.) Para más información sobre el Mercado, visita www.HealthCare.gov.

Mantén informado tu Plan sobre cambios de dirección

Para proteger los derechos de tu familia, informa al Administrador del Plan sobre cualquier cambio en las direcciones de los miembros de la familia. También deberías conservar una copia, para tus registros, de cualquier notificación que envíes al Administrador del Plan.

Para más información sobre el Plan o la cobertura de continuación de COBRA, incluyendo cómo solicitar los documentos, por favor contacte con el Administrador de su Seguro.

COBERTURA CREDITABLE DE MEDICARE CON RECETA (PARTE D)

GUARDA ESTE AVISO DE COBERTURA FIABLE. Si decides unirse a uno de los planes de medicamentos de Medicare, puede que tengas que proporcionar una copia de este aviso al unirse para demostrar si has mantenido una cobertura creíble y, por tanto, si estás obligado a pagar una prima más alta (una penalización).

Por favor, lee este aviso detenidamente y guárdalo donde puedas encontrarlo. Este aviso contiene información sobre tu cobertura actual de medicamentos con receta en Eagle Mountain Casino y sobre tus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarte a decidir si quieres o no unirse a un plan de medicamentos de Medicare. Si estás pensando en unirse, deberías comparar tu cobertura actual, incluyendo qué medicamentos están cubiertos a qué coste, con la cobertura y los costes de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos con receta de Medicare en tu zona. La información sobre dónde puedes obtener ayuda para tomar decisiones sobre tu cobertura de medicamentos recetados se encuentra al final de este aviso.

Hay dos cosas importantes que debes saber sobre tu cobertura actual y la cobertura de medicamentos con receta de Medicare:

1. La cobertura de medicamentos con receta de Medicare estuvo disponible en 2006 para todos los que tienen Medicare. Puedes obtener esta cobertura si te unes a un Plan de Medicamentos con Receta de Medicare o a un Plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) que ofrece cobertura de medicamentos con receta. Todos los planes de medicamentos de Medicare ofrecen al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
2. Eagle Mountain Casino ha determinado que la cobertura de medicamentos recetados ofrecida por el Plan de Salud Grupo de Eagle Mountain Casino es, de media, para todos los participantes del plan, que pague lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare y, por tanto, se considera Cobertura Creditable. Como tu cobertura actual es Creditable, puedes conservar esta cobertura y no pagar una prima más alta (una penalización) si más adelante decides unirse a un plan de medicamentos de Medicare.

¿Cuándo puedes unirte a un plan de medicamentos de Medicare?

Puedes unirte a un plan de medicamentos de Medicare cuando seas elegible para Medicare y cada año desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

Sin embargo, si pierdes tu cobertura actual de medicamentos con receta acreditable, sin culpa propia, también serás elegible para un Periodo Especial de Inscripción (SEP) de dos (2) meses para unirte a un plan de medicamentos de Medicare.

¿Cuándo pagarás una prima más alta (penalización) para unirte a un plan de medicamentos de Medicare?

También debes saber que si pierdes o pierdes tu cobertura actual con Eagle Mountain Casino y no te unes a un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días continuos posteriores a la finalización de tu cobertura actual, podrías pagar una prima más alta (una penalización) para unirte a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si pasas 63 días continuos o más sin una cobertura creditable de medicamentos con receta, tu prima mensual puede aumentar al menos un 1% de la prima base de beneficiarios de Medicare por cada mes en que no tuviste esa cobertura. Por ejemplo, si pasas diecinueve meses sin una cobertura acreditable, tu prima puede ser consistentemente al menos un 19% superior a la prima base de beneficiario de Medicare. Puede que tengas que pagar esta prima más alta (una penalización) siempre que tengas cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Además, puede que tengas que esperar hasta octubre siguiente para unirte.

Para más información sobre este aviso o sobre tu cobertura actual de medicamentos con receta

Contacta con el administrador de tu plan.

NOTA: Recibirás este aviso cada año. También lo obtendrás antes del siguiente periodo en el que puedes unirte a un plan de medicamentos de Medicare, y si esta cobertura a través de Eagle Mountain Casino cambia. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para más información sobre tus opciones bajo la cobertura de medicamentos con receta de Medicare

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

Para más información sobre la cobertura de medicamentos con receta de Medicare:

- Visita www.medicare.gov
- Llama a tu Programa de Asistencia de Seguro Médico Estatal (consulta la contraportada interior de tu copia del manual "Medicare & You" para su número de teléfono) para recibir ayuda personalizada
- Llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tienes ingresos y recursos limitados, hay ayuda adicional disponible para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visita la Seguridad Social en la web en www.socialsecurity.gov, o llámales al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Fecha: Vigente el 1 de octubre de 2026

Empleador: Eagle Mountain Casino

Administradora del Plan: Mindy Alcántara

Dirección: 1850 West St. Porterville, CA 93257

Dirección de correo electrónico: Mindy.alcantara@eaglemtncasino.com

Número de teléfono: 559-788-1884

NUEVAS OPCIONES DE COBERTURA DEL MERCADO DE SEGUROS DE SALUD Y TU COBERTURA SANITARIA

PARTE A: Información general

Incluso si te ofrecen cobertura médica a través de tu empleo, puede que tengas otras opciones de cobertura a través del Mercado de Seguros de Salud ("Mercado"). Para ayudarle a evaluar opciones para usted y su familia, este aviso proporciona información básica sobre el Mercado de Seguros de Salud y la cobertura médica que ofrece su empleo.

¿Qué es el Mercado de Seguros de Salud?

El Mercado está diseñado para ayudarte a encontrar un seguro de salud que se adapte a tus necesidades y a tu presupuesto. El Marketplace ofrece un "punto de compra" para encontrar y comparar opciones de seguro médico privado en tu zona geográfica.

¿Puedo ahorrar dinero en las primas de mi seguro de salud en el mercado?

Podrías calificar para ahorrar dinero y reducir tu prima mensual y otros gastos de bolsillo, pero solo si tu empleador no ofrece cobertura, o una cobertura que no se considera asequible para ti y que no cumple ciertos estándares mínimos de valor (que se explican más adelante). El ahorro al que tienes derecho depende de los ingresos de tu hogar. También podrías ser elegible para un crédito fiscal que reduzca tus costes.

¿La cobertura sanitaria basada en el empleo afecta a la elegibilidad para ahorrar en primas a través del mercado?

Sí. Si tienes una oferta de cobertura sanitaria de tu empleador que se considera asequible para ti y cumple ciertos estándares mínimos de valor, no serás elegible para un crédito fiscal ni para el pago anticipado del crédito fiscal para tu cobertura del Marketplace y puede que quieras inscribirte en tu plan de salud basado en el empleo. Sin embargo, puede ser elegible para un crédito fiscal y pagos anticipados del crédito que reduzca tu prima mensual, o una reducción en ciertos costes compartidos, si tu empleador no te ofrece cobertura en absoluto o no te ofrece una cobertura considerada asequible para ti o que cumpla con los estándares mínimos de valor. Si tu parte del coste de la prima de todos los planes que te ofrecen a través de tu empleo es superior al 9,12% de tu ingreso anual del hogar, o si la cobertura a través de tu empleo no cumple con el estándar de "valor mínimo" establecido por la Ley de Cuidado de Salud Asequible, podrías ser elegible para un crédito fiscal y un pago anticipado del crédito. Si no te inscribes en la cobertura sanitaria basada en el empleo. Para los familiares del empleado, la cobertura se considera asequible si el coste de las primas del empleado para el plan de menor coste que cubriría a todos los miembros de la familia no supera el 9,12% de los ingresos familiares del empleado.

Nota: Si compras un plan de salud a través del Mercado en lugar de aceptar la cobertura sanitaria ofrecida a través de tu empleo, podrías perder el acceso a lo que el empleador aporte a la cobertura basada en el empleo. Además, esta contribución del empleador —así como la contribución de tu empleado a la cobertura basada en el empleo— generalmente se excluye de los ingresos para fines fiscales federales y estatales. Tus pagos de cobertura a través del Marketplace se realizan después de impuestos. Además, ten en cuenta que si la cobertura sanitaria ofrecida a través de tu empleo no cumple con los estándares de asequibilidad o valor mínimo, pero aceptas esa cobertura de todos modos, no serás elegible para un crédito fiscal. Deberías tener en cuenta todos estos factores a la hora de decidir si contratar un plan de salud a través del Mercado.

¿Cuándo puedo inscribirme en un seguro de salud a través del mercado?

Puedes inscribirte en un plan de seguro de salud del Mercado durante el Periodo Anual de Inscripción Abierta 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 Periodo Anual de Inscripción Abierta, puedes inscribirte en un seguro médico si cumples los requisitos para un Periodo Especial de Inscripción. En general, calificas para un Periodo Especial de Inscripción si has tenido ciertos acontecimientos vitales que califican, como casarte, tener un bebé, adoptar un hijo o perder la elegibilidad para otra cobertura sanitaria. Dependiendo del tipo de Periodo de Inscripción Especial, puede que dispongas de 60 días antes o 60 días después del evento vital que cumpla los requisitos para inscribirte en un plan del Mercado.

También existe un Periodo Especial de Inscripción en el Mercado para las personas y sus familias que pierden la elegibilidad para Medicaid o el Programa de Seguro de Salud Infantil (CHIP) a partir del 31 de marzo de 2023 y al 31 de julio de 2024. Desde el inicio de la emergencia nacional de salud pública por COVID-19, las agencias estatales de Medicaid y CHIP generalmente no han terminado la inscripción de ningún beneficiario de Medicaid o CHIP que estuviera inscrito desde el 18 de marzo de 2020 hasta el 31 de marzo de 2023. A medida que las agencias estatales de Medicaid y CHIP reanudan las prácticas regulares de elegibilidad e inscripción, muchas personas podrían dejar de ser 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. **está ofreciendo un periodo temporal de inscripción especial en el Mercado para permitir que estas personas se inscriban en la cobertura del Mercado.**

Las personas elegibles del mercado que viven en estados atendidos por HealthCare.gov y que, ya sea presenten una nueva solicitud o actualicen una solicitud existente en HealthCare.gov entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024, y atestigüen la fecha de finalización de la cobertura de Medicaid o CHIP dentro del mismo periodo, son elegibles para un Periodo Especial de Inscripción de 60 días. **Eso significa que si pierdes la cobertura de Medicaid o CHIP entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024, podrías inscribirte en la cobertura del Marketplace dentro de los 60 días siguientes a la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP.** Además, si usted o sus familiares están inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP, es importante asegurarse de que su información de contacto esté actualizada para obtener cualquier información sobre cambios en su elegibilidad. Para obtener más información, visita [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) o llama al Centro de Llamadas del Marketplace al 1-800-318-2596. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-889-4325.

¿Y qué hay de las alternativas a la cobertura de seguro de salud del mercado?

Si usted o su familia sois elegibles para cobertura en un plan de salud basado en el empleo (como un plan de salud patrocinado por el empleador), usted o su familia también podríais ser elegibles para un Periodo Especial de Inscripción para inscribiros en ese plan en determinadas circunstancias, incluyendo si usted o sus dependientes estaban inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP y la perdieron. Generalmente, tienes 60 días tras la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP para inscribirte en un plan de salud basado en el empleo, pero si tú y tu 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, puedes solicitar esta inscripción especial en el plan de salud basado en el empleo hasta el 8 de septiembre de 2023. Confirma la fecha límite con tu empleador o con tu plan de salud basado en el empleo.

Alternativamente, puedes inscribirte en la cobertura de Medicaid o CHIP en cualquier momento rellenando una solicitud a través del Marketplace o solicitando directamente a través de la agencia estatal de Medicaid. Visita <https://www.healthcare.gov/medicaid-chip/gettingmedicaid-chip/> para más detalles.

¿Cómo puedo obtener más información?

Para más información sobre la cobertura que ofrece su empleo, consulte la descripción resumida de su plan de salud o contacte con el administrador de su plan.

PARTE B: Información sobre la cobertura sanitaria ofrecida por tu empleador

Esta sección contiene información sobre cualquier cobertura sanitaria ofrecida por tu empleador. Si decides completar una solicitud de cobertura en el Mercado, se te pedirá que proporciones esta información. Esta información está numerada para corresponder a la aplicación del Mercado.

3. Nombre del empleador Eagle Mountain Casino		4. Número de identificación del empleador (EIN) 77-043048
5. Dirección del empleador 1850 West St.		6. Número de teléfono del empleador 559-788-1884
7. Ciudad Porterville	8. Estado California	9. Código postal 93257
10. ¿A quién podemos contactar para la cobertura sanitaria de los empleados en este trabajo? Mindy Alcántara		
11. Número de teléfono (si es diferente)		12. Dirección de correo electrónico Mindy.alcantara@eaglemtncasino.com

Aquí tienes información básica sobre la cobertura sanitaria que ofrece este empleador:

- Como tu empleador, ofrecemos un plan de salud para:
 - ☐ Todos los empleados. Los empleados elegibles son:
 - ☒ Algunos empleados. Los empleados elegibles son: **Empleados a tiempo completo (30 o más horas por semana)**
- Respecto a los dependientes:
 - ☒ Ofrecemos cobertura. Los dependientes elegibles son: **Cónyuge legalmente casado o pareja de hecho, hijos naturales, adoptados o hijastros hasta los 26 años, hijos discapacitados mayores de 26 años que dependen de ti para su manutención, y hijos cubiertos por un Acuerdo de Custodia Temporal (TCA). Se puede solicitar documentación que verifique la elegibilidad.**
 - ☐ No ofrecemos cobertura.

☒ Si se verifica, esta cobertura cumple con el estándar mínimo de valor, y el coste de esta cobertura para ti está pensado para ser asequible, basado en los salarios de los empleados.

****Incluso si tu empleador quiere que tu cobertura sea asequible, aún podrías ser elegible para un descuento en la prima a través del Marketplace. El Mercado utilizará los ingresos de tu hogar, junto con otros factores, para determinar si puedes ser elegible para un descuento en la prima. Si, por ejemplo, tus salarios varían de una semana a otra (quizá seas un empleado por horas o trabajes a comisión), si eres nuevo empleado a mitad de año, o si tienes otras pérdidas de ingresos, aún podrías optar a un descuento en la prima.**

Si decides buscar cobertura en el Mercado, **HealthCare.gov** te guiará durante todo el proceso. Aquí tienes la información del empleador que introducirás cuando visites **HealthCare.gov** para saber si puedes obtener un crédito fiscal para reducir tus primas mensuales.

ASISTENCIA PARA PRIMAS BAJO MEDICAID Y EL PROGRAMA DE SEGURO DE SALUD INFANTIL (CHIP)

Si tú o tus hijos sois elegibles para Medicaid o CHIP y tú también puedes recibir cobertura sanitaria de tu empleador, tu estado puede tener un programa de ayuda para primas que ayude a pagar la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si tú o tus hijos no sois elegibles para Medicaid o CHIP, no serás elegible para estos programas de asistencia a primas, pero puede que puedas contratar un seguro individual a través del Mercado de Seguros de Salud. Para más información, visita

www.healthcare.gov.

Si tú o tus dependientes ya estáis inscritos en Medicaid o CHIP y vivís en un estado que se indica a continuación, contactad con la oficina de Medicaid o CHIP de tu estado para saber si hay ayuda para la prima disponible.

Si tú o tus dependientes NO estáis actualmente inscritos en Medicaid o CHIP, y creéis que vosotros o alguno de vuestros dependientes podríais ser elegibles para alguno de estos programas, contactad con la oficina de Medicaid o CHIP de vuestro estado o llamad **al 1-877-KIDS NOW** o www.insurekidsnow.gov para saber cómo solicitar. Si cumples los requisitos, pregunta a tu comunidad autónoma si tiene algún programa que te ayude a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si tú o tus dependientes sois elegibles para la ayuda de primas bajo Medicaid o CHIP, así como elegibles bajo el plan de tu empresa, tu empleador debe permitirte inscribirte en tu plan de empleador si aún no estás inscrito. Esto se llama una oportunidad de "inscripción especial", y **debes solicitar la cobertura dentro de los 60 días siguientes a ser considerado elegible para la ayuda de prima**. Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en el plan de su empresa, contacte con el Departamento de Trabajo en www.askebsa.dol.gov o llame **al 1-866-444-EBSA (3272)**.

Si vives en uno de los siguientes estados, podrías ser elegible para recibir ayuda para pagar las primas del plan de salud de tu empleador. La siguiente lista de estados está actualizada a 31 de enero de 2026. Contacta con tu Estado para más información sobre la elegibilidad –

ALABAMA – Medicaid	ALASKA – Medicaid
Página web: http://myalhipp.com/ Teléfono: 1-855-692-5447	El Programa de Pago de Primas del Seguro de Salud de AK Página web: http://myakhipp.com/ Teléfono: 1-866-251-4861 Correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad para Medicaid: División de Asistencia Pública Estado de Alaska Departamento de Salud
ARKANSAS – Medicaid	CALIFORNIA – Medicaid
Página web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Página web del Programa de Pago de Primas de Seguro de Salud (HIPP): http://dhcs.ca.gov/hipp Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov
COLORADO – Health First Colorado (Programa de Medicaid de Colorado) y Plan de Salud Infantil Plus (CHP+)	FLORIDA – Medicaid
Sitio web de Health First Colorado: Health First Colorado – Programa de Medicaid de Colorado Centro de Contacto para Miembros de Health First Colorado:	Página web: Florida HIPP – Florida TPL Teléfono: 1-877-357-3268

1-800-221-3943/Relevo Estatal 711 CHP+: Plan de Salud Infantil Plus (CHP+) Departamento de Política y Financiación de la Atención Sanitaria Atención al cliente CHP+: 1-800-359-1991/State Relay 711 Programa de Compra de Seguro de Salud (HIBI): Colorado HIBI Seguro de Salud Buy-InMain - Colorado HIBI Atención al cliente de Colorado HIBI HIBI: 1-855-692-6442	
GEORGIA – Medicaid	INDIANA – Medicaid
Página web de GA HIPP: Programa de Pago de Primas de Seguro de Salud (HIPP) Medicaid de Georgia Teléfono: 678-564-1162, Pulsa 1 Página web de GA CHIPRA: Ley de Reautorización del Programa de Seguro de Salud Infantil de 2009 (CHIPRA) Medicaid de Georgia Teléfono: 678-564-1162, Pulsa 2	Programa de Pago de Primas de Seguro de Salud Todos los demás Medicaid Sitio web: Medicaid de Indiana: Inicio FSSA: DFR: Casa Administración de Servicios Familiares y Sociales Teléfono: 1-800-403-0864 Teléfono de Servicios a Miembros: 1-800-457-4584
IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)	KANSAS – Medicaid
Sitio web de Medicaid: Medicaid de Iowa Teléfono de Medicaid en Salud y Servicios Humanos: 1-800-338-8366 Página web de Hawki: Hawki - Niños sanos y sanos en Iowa Salud y Servicios Humanos Teléfono Hawki: 1-800-257-8563 Página web de HIPP: Pago de la prima del seguro de salud (HIPP) Salud y Servicios Humanos (iowa.gov) Teléfono HIPP: 1-888-346-9562	Página web: https://www.kancare.ks.gov/ Teléfono: 1-800-792-4884 Teléfono HIPP: 1-800-967-4660
KENTUCKY – Medicaid	LOUISIANA – Medicaid
Programa Integrado de Pago de Primas de Seguro de Salud de Kentucky (KI-HIPP) Página web: Programa de Pago Integrado de Primas de Seguro de Salud de KY (KI-HIPP) - Gabinete de Servicios de Salud y Familia Teléfono: 1-855-459-6328 Correo electrónico: KIHIPPPROGRAM@ky.gov Página web de KCHIP: https://kynect.ky.gov Teléfono: 1-877-524-4718 Sitio web de Medicaid en Kentucky: https://chfs.ky.gov/agencies/dms	Sitio web de Medicaid de Luisiana: https://www.ldh.la.gov/healthy-louisiana Línea de atención al cliente de Medicaid: 1-888-342-6207 Correo electrónico de Medicaid de Luisiana: healthy@la.gov Página web del Programa de Primas de Seguro de Salud de Luisiana (LaHIPP): https://www.ldh.la.gov/lahipp Teléfono LaHIPP: 1-877-697-6703 LaHIPP email: La.HIPP@la.gov fax LaHIPP: 1-888-716-9787 Dirección postal de LaHIPP: 100 Crescent Centre Parkway, Suite 1000 Tucker, GA 30084
MAINE – Medicaid	MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP
Página web de matrícula: Maine Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Relé 711 de Maine Página web de primas de seguro de salud privado: Solicitudes y formularios Departamento de Salud y Servicios Humanos Teléfono: 1-800-977-6740 TTY: Relé 711 de Maine	Página web: https://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840 TTY: 711 Correo electrónico: masspremassistance@accenture.com
MINNESOTA – Medicaid	MISSOURI – Medicaid
Página web: https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/ Teléfono: 1-800-657-3672	Página web: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005
MONTANA – Medicaid	NEBRASKA – Medicaid

Página web: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084 Correo electrónico: HSHIPPPProgram@mt.gov	Página web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178
NEVADA – Medicaid	NEW HAMPSHIRE – Medicaid
Sitio web de Medicaid: http://dhcfp.nv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900	Sitio web: Programa de Primas de Seguro de Salud Departamento de Salud y Servicios Humanos de New Hampshire Teléfono: 603-271-5218 Número gratuito del programa HIPP: 1-800-852-3345, ext. 15218 Correo electrónico: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov
NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP	NUEVA YORK – Medicaid
Sitio web de Medicaid: Departamento de Servicios Humanos NJ FamilyCare/Medicaid Teléfono: 1-800-356-1561 Teléfono de asistencia CHIP Premium: 609-631-2392 Página web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono CHIP: 1-800-701-0710 (TTY: 711)	Página web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831
CAROLINA DEL NORTE – Medicaid	DAKOTA DEL NORTE – Medicaid
Página web: https://medicaid.ncdhhs.gov/ Teléfono: 919-855-4100	Página web: https://www.hhs.nd.gov/healthcare Teléfono: 1-844-854-4825
OKLAHOMA – Medicaid y CHIP	OREGON – Medicaid y CHIP
Website: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742	Página web: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-800-699-9075
PENSILVANIA – Medicaid y CHIP	RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP
Página web: Solicita el Programa de Pago de Primas de Seguro de Salud de Medicaid (HIPP) Mancomunidad de Pensilvania Teléfono: 1-800-692-7462 Página web de CHIP: Programa de Seguro de Salud Infantil (CHIP) (pa.gov) Teléfono CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)	Página web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 1-855-697-4347, o 401-462-0311 (Línea Directa de Compartir Radio)
CAROLINA DEL SUR – Medicaid	DAKOTA DEL SUR – Medicaid
Página web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820	Página web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059
TEXAS – Medicaid	UTAH – Medicaid y CHIP
Sitio web: Programa de Pago de Primas de Seguro de Salud (HIPP) Salud y Servicios Humanos de Texas Teléfono: 1-800-440-0493	Página web de la Asociación Premium para el Seguro de Salud (UPP) de Utah: https://medicaid.utah.gov/upp/ Correo electrónico: upp@utah.gov Teléfono: 1-888-222-2542 Página web de expansión para adultos: Expansión de Medicaid – Medicaid – Utah DHHS Página web del Programa de Compra de Medicaid de Utah: Programa de Compra – Medicaid – Utah DHHS Página web de CHIP: https://chip.utah.gov/
VERMONT– Medicaid	VIRGINIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: Programa de Pago de Primas de Seguro de Salud (HIPP) Departamento de Acceso a la Salud de Vermont Teléfono: 1-800-250-8427	Página web: FAMIS Select CoverVA Programas de Pago de Primas de Seguro de Salud (HIPP) CoverVA Teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924
WASHINGTON – Medicaid	VIRGINIA OCCIDENTAL – Medicaid y CHIP
Página web: https://www.hca.wa.gov/ Teléfono: 1-800-562-3022	Página web: https://dhhr.wv.gov/bms/ http://mywvhipp.com/

Teléfono de Medicaid: 304-558-1700
Teléfono gratuito de CHIP: 1-855-699-8447

WISCONSIN – Medicaid y CHIP

Sitio web: [Medicaid en Wisconsin | Departamento de Servicios de Salud de Wisconsin](#)
Teléfono: 1-800-362-3002

WYOMING – Medicaid

Sitio web: [Programas y elegibilidad - Departamento de Salud de Wyoming](#)
Teléfono: 1-800-251-1269

Para saber si algún otro estado ha añadido un programa de asistencia para primas desde el 31 de enero de 2026, o para más información sobre los derechos de inscripción especial, contacte con cualquiera de:

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

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

Declaración de la Ley de Reducción de Papeleo

Según la Ley de Reducción de Papeleo de 1995 (Pub. L. 104-13) (PRA), ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que dicha recopilación muestre un número de control válido de la Oficina de Gestión y Presupuesto (OMB). El Departamento señala que una agencia federal no puede realizar ni patrocinar una recopilación de información a menos que esté aprobada por la OMB bajo la PRA, y muestre un número de control de la OMB actualmente válido, y que el público no está obligado a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control de la OMB vigente en la actualidad. Véase 44 U.S.C. 3507. Además, sin excepción de cualquier otra disposición legal, ninguna persona estará sujeta a sanción por no cumplir con una recopilación de información si la recopilación no muestra un número de control válido de la OMB. Véase 44 U.S.C. 3512.

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

LEY DE DERECHOS DE LA MUJER Y EL CÁNCER (WHCRA)

Aviso de inscripción

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

- Todas las etapas de la reconstrucción de la mama en las que se realizó la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción del otro pecho para producir una apariencia simétrica;
- Prótesis; y
- Tratamiento de complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema.

Estos beneficios se ofrecerán sujetos a las mismas franquicias y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados bajo este plan.

Aviso anual

¿Sabe que su plan, tal y como exige la Ley de Derechos de la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998, ofrece beneficios para servicios relacionados con la mastectomía, incluyendo todas las etapas de la reconstrucción y cirugía para lograr simetría entre las mamas, las prótesis y las complicaciones derivadas de una mastectomía, incluido el linfedema?

Si desea más información, por favor contacte con su Departamento de Recursos Humanos o con el Administrador de su Plan.

LEY DE NO DISCRIMINACIÓN EN INFORMACIÓN GENÉTICA DE 2008

La Ley de No Discriminación en Información Genética de 2008 ("GINA") protege a los empleados contra la discriminación basada en su información genética. Salvo que se permita lo contrario, tu empleador no podrá solicitar ni exigir ninguna información genética a ti ni a tus familiares.

La Ley de No Discriminación por Información Genética de 2008 (GINA) prohíbe a empleadores y otras entidades cubiertas por el Título II de GINA solicitar o exigir información genética de un individuo o familiar del individuo, salvo que esta ley lo permita específicamente. Para cumplir con esta ley, le pedimos que no proporcione ninguna información genética al responder a esta solicitud de información médica. La "información genética", tal como la define GINA, incluye la historia médica familiar de una persona, los resultados de las pruebas genéticas de un individuo o familiar, el hecho de que un individuo o un familiar de un individuo solicitó o recibió servicios genéticos, y la información genética de un feto portado por un individuo o un familiar de un individuo o de un embrión legalmente poseído por un individuo o familiar que recibe servicios de reproducción asistida.

LEY DE PROTECCIÓN DE LA SALUD DE RECIÉN NACIDOS Y MADRES

Los planes de salud grupales y los emisores de seguros de salud generalmente no pueden, según la ley federal, restringir los beneficios por la duración de la estancia hospitalaria relacionada con el parto de la madre o del recién nacido a menos de 48 horas tras un parto vaginal, o a 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, tras consultar con la madre, dé el alta a la madre o a su recién nacido antes de 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 duración de estancia no superior a 48 horas (o 96 horas).

LEY DE PARIDAD EN SALUD MENTAL Y EQUIDAD EN ADICCIONES (MHPAEA)

La Ley de Paridad en Salud Mental y Equidad en Adicciones de 2008 exige generalmente que los planes de salud grupales y los emisores de seguros de salud aseguren que los requisitos financieros (como copagos y deducibles) y las limitaciones de tratamiento (como los límites anuales de visitas) aplicables a los beneficios por trastornos de salud mental o por consumo de sustancias no sean más restrictivos que los requisitos o limitaciones predominantes aplicados a prácticamente todos los beneficios médicos/quirúrgicos. Para obtener información sobre los criterios para las determinaciones de necesidad médica tomadas bajo el plan en relación con los beneficios por salud mental o trastornos por consumo de sustancias, por favor contacte con el Administrador de su Plan.

AVISO DE PROTECCIÓN AL PACIENTE

La mayoría de los planes de salud grupales permiten o requieren que elijas un proveedor de atención primaria (PCP). Tienes derecho a elegir a cualquier médico de cabecera que participe en la red del plan y esté disponible para cuidarte a ti o a tus familiares. Si el plan asigna automáticamente un médico de cabecera hasta que hagas tu elección, el proveedor asignado actuará como tu médico de cabecera. Para

ayuda para seleccionar un médico de cabecera o para obtener una lista de proveedores de la red, contacte con el administrador de su plan o su plan de salud.

Para niños: Puedes elegir a un pediatra como proveedor de atención primaria de tu hijo.

Para atención obstétrica o ginecológica: No necesitas autorización previa del plan ni de ninguna otra persona (incluido un médico de cabecera) para ver a un ginecólogo/obstetra de la red. El profesional sanitario puede necesitar seguir ciertos procedimientos, como planes de tratamiento preaprobados o procesos de derivación. Para obtener una lista de ginecólogos participantes, contacte con el administrador de su Seguro.

TUS DERECHOS Y PROTECCIONES FRENTE A FACTURAS MÉDICAS INESPERADAS

Cuando recibes atención de urgencia o eres atendido por un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, estás protegido contra la facturación de saldo. En estos casos, no deberías cobrarte más que los copagos, coseguros y/o franquicia de tu plan.

¿Qué es la "facturación de saldo" (a veces llamada "facturación sorpresa")?

Cuando acudas a un médico u otro proveedor sanitario, es posible que tengas que pagar ciertos gastos de bolsillo, como copago, coseguro o franquicia. Puede que tengas costes adicionales o que tengas que pagar la factura completa si acudes a un proveedor o visitas un centro sanitario que no esté dentro de la red de tu plan.

"Fuera de la red" significa proveedores e instalaciones que no han firmado un contrato con tu plan de salud para prestar servicios. Los proveedores fuera de la red pueden poder cobrarte la diferencia entre lo que paga tu plan y la cantidad total cobrada por un servicio. Esto se llama **"facturación de saldo"**. Esta cantidad probablemente sea superior a los costes dentro de la red para el mismo servicio y puede que no cuente para la franquicia o el límite anual de gastos de tu plan.

"Facturación sorpresa" es una cuenta de balance inesperada. Esto puede ocurrir cuando no puedes controlar quién está involucrado en tu cuidado, como cuando tienes una emergencia o cuando programas una visita en un centro dentro de la red pero eres atendido inesperadamente por un proveedor fuera de la red. Las facturas médicas sorpresa pueden costar miles de dólares dependiendo del procedimiento o servicio.

Estás protegido contra la facturación de saldo para:

Servicios de emergencia

Si tienes una condición médica de emergencia y recibes servicios de emergencia de un proveedor o centro fuera de la red, lo máximo que pueden cobrarte es la cantidad de costes compartidos dentro de la red de tu plan (como copagos, coseguros y franquicias). **No puedes** cobrarte saldo por estos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que puedas obtener una vez que estés en condición estable, a menos que des tu consentimiento por escrito y renuncies a tus protecciones para no ser facturado a saldo por estos servicios post-estabilización.

Si tienes una emergencia y recibes atención de un proveedor o centro fuera de la red, estás protegido contra la "facturación de saldo" según la ley federal. Esto significa que no se te puede cobrar más de lo habitual de costes compartidos dentro de la red (como copagos, coseguros o franquicias), incluso si el proveedor no es de la red. Estas protecciones también se aplican generalmente a los servicios que recibes después de estar estabilizado, a menos que des tu consentimiento por escrito para renunciar a tus protecciones.

Ciertos servicios en un hospital dentro de la red o en un centro quirúrgico ambulatorio

Cuando recibes servicios de un hospital dentro de la red o de un centro quirúrgico ambulatorio, ciertos

proveedores allí pueden estar fuera de la red. En estos casos, lo máximo que esos proveedores pueden facturarte es el importe compartido de costes dentro de la red de tu plan. Esto se aplica a medicina de urgencias, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, cirujano asistente, hospitalistas o servicios intensivistas. Estos proveedores **no pueden** cobrarte por equilibrio y puede **que no** te pidan que renuncies a tus protecciones para no ser facturado por saldo.

Si se obtienen otros tipos de servicios en estas instalaciones dentro de la red, los proveedores fuera de la red **no pueden**

Haz tu deuda de equilibrio, a menos que des tu consentimiento por escrito y renuncies a tus protecciones.

Nunca estás obligado a renunciar a tus protecciones frente a la facturación de saldo. Tampoco estás obligado a recibir atención fuera de la red. Puedes elegir un proveedor o centro dentro de la red de tu plan.

Si recibes servicios no urgentes en un hospital dentro de la red o en un centro quirúrgico ambulatorio, también estás protegido frente a la facturación de saldo en muchas situaciones. Incluso si algunos profesionales implicados en tu atención están fuera de la red (como anesthesiólogos, radiólogos o patólogos), generalmente no pueden cobrarte más que tu coste compartido dentro de la red a menos que recibas el aviso y consentimiento adecuados con antelación.

Cuando no se permite la facturación de saldo, también tienes estas protecciones:

- Solo eres responsable de pagar tu parte del coste (como los copagos, el coseguro y la franquicia que pagarías si el proveedor o centro estuviera dentro de la red). Tu plan de salud cubrirá cualquier coste adicional directamente a proveedores y centros fuera de la red.
- Generalmente, tu plan de salud debe:
 - Cubre los servicios de emergencia sin requerir que obtengas la aprobación previa (también conocida como "autorización previa").
 - Cubre los servicios de emergencia de proveedores fuera de la red.
 - Basala lo que debes al proveedor o centro (coste compartido) en lo que pagaría a un proveedor o centro dentro de la red y muestra esa cantidad en tu explicación de beneficios.
 - Cuenta cualquier cantidad que pagues por servicios de emergencia o fuera de la red para tu franquicia dentro de la red y el límite de gastos de bolsillo.

Si crees que te han cobrado erróneamente, contacta con el Servicio de Ayuda Sin Sorpresas, gestionado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., en el 1-800-985-3059.

Visita www.cms.gov/nosurprises/consumers para más información sobre tus derechos bajo la ley federal.

Si procede, visita la página web de tu comunidad autónoma para obtener más información sobre tus derechos según las leyes estatales aplicables.

Año del plan: octubre 2026 a septiembre 2027

Nombre del empleador Eagle Mountain Casino

EIN 77-043048

Dirección 1850 West St. Porterville, CA 93257

Información del administrador del plan

Primera, apellidoMindy Alcántara | mindy.alcantara@eaglemtncasino.com**Número de teléfono**559-788-1884
