

Your Plan médico estatal de Carolina del Norte

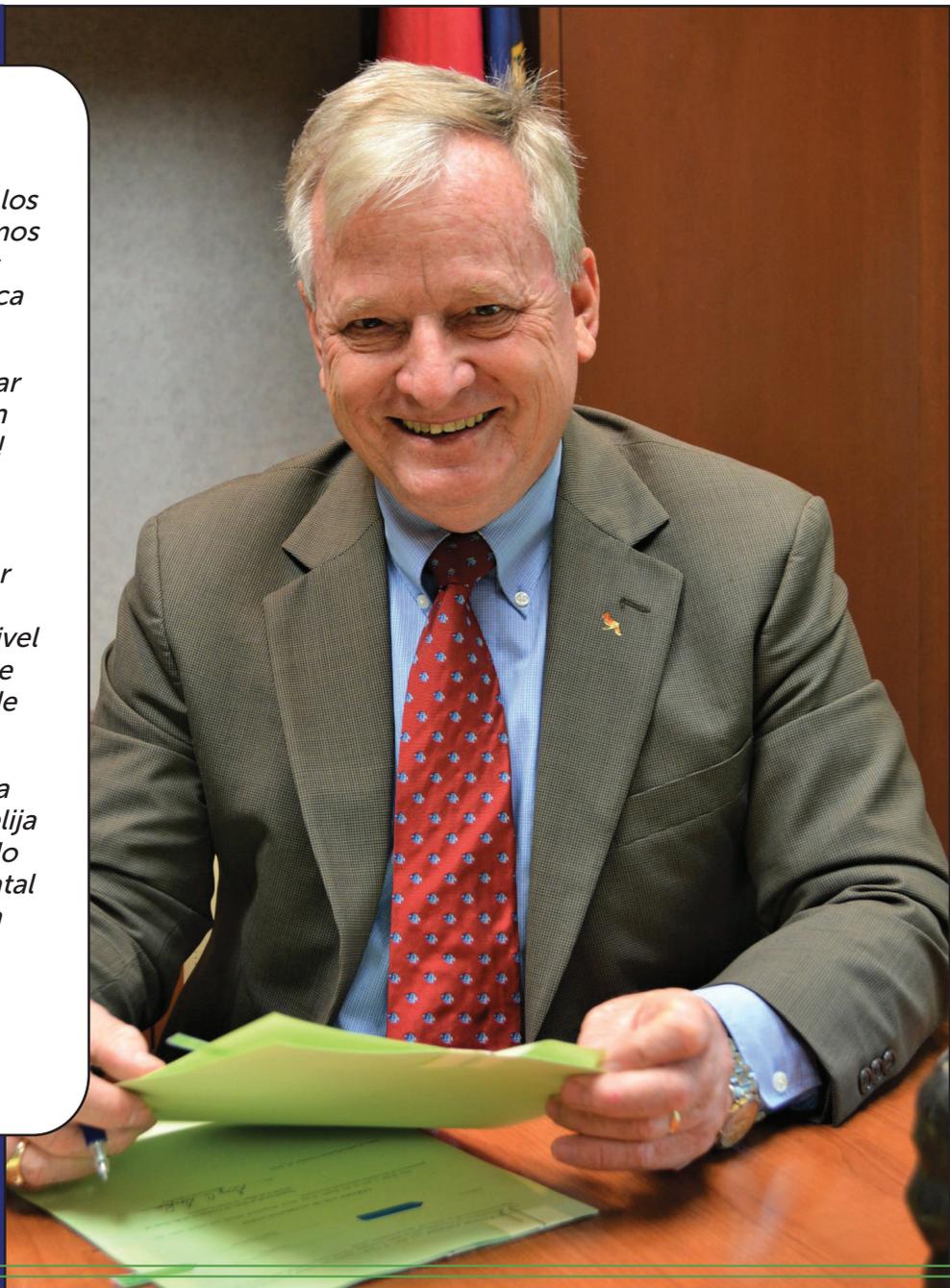
GUÍA DE DECISIONES PARA LA
INSCRIPCIÓN ABIERTA DE 2024
Del 9 al 27 de octubre de 2023

"Como tesorero del estado, me comprometí a preservar y proteger el Plan médico estatal para quienes enseñan, protegen y prestan servicios a los ciudadanos de Carolina del Norte. Tuvimos la misión de dar transparencia, menores costos y mayor acceso a atención médica de calidad.

¡Me alegra que hayamos podido congelar las primas por sexto año consecutivo sin aumentar los deducibles ni los copagos! También pudimos eliminar los costos de la insulina para los miembros. No vamos a detener nuestro arduo trabajo para reducir las primas familiares y hacer que este beneficio sea más asequible, especialmente para los empleados de nivel inicial que deben trabajar una semana de cada mes solo para pagar la cobertura de su plan médico.

Lo animo a que revise sus opciones en la Guía de decisiones. Es importante que elija lo mejor para usted y su familia, sabiendo que los empleados del Plan médico estatal trabajan arduamente todos los días para mantener este valioso beneficio".

Dale R. Folwell, CPA (contador público certificado)
Tesorero del estado



La inscripción abierta es el momento de revisar su cobertura actual y decidir qué opción de plan médico cubre mejor sus necesidades para el próximo año de beneficios. El Plan médico estatal seguirá ofreciendo dos planes a los miembros: Enhanced PPO Plan (80/20) y Base PPO Plan (70/30).

ASPECTOS DESTACADOS IMPORTANTES SOBRE SUS BENEFICIOS PARA 2024

- No habrá aumentos de primas por sexto año consecutivo.
- Los miembros que elijan un proveedor del Proyecto de precios claros como su proveedor de atención primaria seguirán teniendo un copago de \$0.
- Los miembros seguirán teniendo un copago reducido cuando visiten a un especialista del Proyecto de precios claros.
- Precios combinados para el reemplazo de articulaciones para miembros elegibles.
- La insulina preferida y no preferida seguirá teniendo un copago de \$0 por un suministro para 30 días.
- Los servicios preventivos siguen siendo gratis (sin copago ni deducible) en cualquiera de los planes.
- No recibirá una nueva tarjeta de identificación para 2024, a menos que haga un cambio en su cobertura durante la inscripción abierta. **Seguirá usando su tarjeta de identificación de 2023.**

Las elecciones que haga durante la inscripción abierta son para beneficios que entrarán en vigor desde el 1 de enero de 2024 hasta el 31 de diciembre de 2024. Una vez que elija su plan de beneficios, no podrá cambiar de plan hasta el próximo período de inscripción abierta. El tipo de cobertura que seleccione (por ejemplo, solo para suscriptores) permanecerá en vigor hasta el próximo año de beneficios, a menos que experimente un acontecimiento calificador. Se incluye una lista de acontecimientos calificantes en su Manual de beneficios, disponible en el sitio web del Plan médico estatal en www.shpnc.org.

ES IMPORTANTE QUE HAGA ESTO Todos los miembros se inscribirán automáticamente en el Base PPO Plan (70/30), que tendrá una prima de \$85 solo para suscriptores. Puede reducir esta prima en \$60 a una prima solo para suscriptores de \$25 completando la declaración sobre consumo de tabaco.

Los miembros que quieran inscribirse en el Enhanced PPO Plan (80/20) o que quieran reducir su prima mensual en el Enhanced PPO Plan (80/20) o el Base PPO Plan (70/30) completando la declaración sobre consumo de tabaco **DEBEN TOMAR MEDIDAS** durante la inscripción abierta.



Un vistazo a sus opciones para 2024

Para 2024, el Plan médico estatal seguirá ofreciendo dos planes de Organización de proveedores preferidos (PPO) administrados mediante Blue Cross and Blue Shield of North Carolina (Blue Cross NC). Recuerde que Blue Cross NC es el administrador externo de la red del Plan médico estatal de Carolina del Norte. Ellos procesan los reclamos médicos y ofrecen una red de proveedores, pero los contribuyentes, como usted, pagan la cobertura. Ambos planes le permiten la flexibilidad de visitar a cualquier proveedor, dentro o fuera de la red, y recibir beneficios; sin embargo, paga menos cuando visita a un proveedor dentro de la red.

ENHANCED PPO PLAN (80/20)

- El Enhanced PPO Plan (80/20) es un plan PPO en el que paga 20% de coseguro por los servicios elegibles dentro de la red después de alcanzar su deducible. Para algunos servicios (p. ej., visitas en el consultorio, atención de urgencia o visitas a la sala de emergencias), usted paga un copago.
- El Enhanced PPO Plan (80/20) tiene un gasto máximo de bolsillo combinado médico y de farmacia, que es de \$4,890 (dentro de la red/ cobertura solo para suscriptores). Esto significa que una vez que alcance esta cantidad, el beneficio de su Plan pagará el 100% de los gastos cubiertos dentro de la red para el resto del año de beneficios.
- Los servicios preventivos que preste un proveedor dentro de la red están cubiertos al 100%. Esto significa que, para sus exámenes físicos o pruebas preventivas anuales, como una colonoscopia, **NO HABRÁ COPAGO**.

BASE PPO PLAN (70/30)

- El Base PPO Plan (70/30) es un plan PPO en el que paga 30% de coseguro por los gastos elegibles dentro de la red después de alcanzar su deducible. Para algunos servicios (p. ej., visitas en el consultorio, atención de urgencia o visitas a la sala de emergencias), usted paga un copago.
- El Base PPO Plan (70/30) tiene un gasto máximo de bolsillo combinado médico y de farmacia, que es de \$5,900 (dentro de la red/ cobertura solo para suscriptores). Esto significa que una vez que alcance esta cantidad, el beneficio de su Plan pagará el 100% de los gastos cubiertos dentro de la red para el resto del año de beneficios.
- Los servicios preventivos que preste un proveedor dentro de la red están cubiertos al 100%. Esto significa que, para sus próximos exámenes físicos o pruebas preventivas anuales, como una colonoscopia, **NO HABRÁ COPAGO**.

Para obtener información completa de la cobertura, los miembros deben consultar el Manual de beneficios en el sitio web del Plan en www.shpnc.org.

Transición a Aetna en 2025

El Plan médico estatal hará la transición a un nuevo administrador externo, **Aetna, a partir del 1 de enero de 2025**. Los miembros comenzarán a recibir más información sobre este cambio en 2024. Es importante asegurarse de que reciba anuncios y mensajes sobre este cambio, así que:

- Asegúrese de tener la dirección, la dirección de correo electrónico y el número de teléfono correctos en eBenefits, el sistema de inscripción del Plan, al que puede acceder en el sitio web del Plan en www.shpnc.org.
- Suscríbase al boletín electrónico mensual del Plan, Member Focus, al que puede acceder en el sitio web del Plan en www.shpnc.org.
- Siga al Plan en Facebook.

Ahorro de costos con el Proyecto de precios claros

Como miembro del Plan médico estatal, tiene acceso a la red del Plan médico estatal de Carolina del Norte, que está formada por proveedores que se unieron al Proyecto de precios claros (CPP) del Plan, y a la red Blue Options de Blue Cross NC. Los proveedores del CPP acordaron hacer más asequible y transparente la atención médica. El Plan seguirá ofreciendo visitas sin copago o con importantes reducciones de copago para los miembros que se atiendan con un proveedor del CPP en 2024.

Para encontrar un proveedor del CPP, visite el sitio web del Plan en www.shpnc.org y haga clic en "Find a Doctor" (Buscar un médico). Después, busque "Clear Pricing Project Provider" (Proveedor del Proyecto de precios claros) junto al nombre del proveedor. Compare la diferencia y fíjese en los ahorros.

TABLA COMPARATIVA DE COPAGOS DE PROVEEDORES DEL PROYECTO DE PRECIOS CLAROS

PROVEEDOR	ENHANCED PLAN 80/20	BASE PLAN 70/30
Proveedor de atención primaria (PCP)	PCP del CPP en su tarjeta de identificación \$0 PCP que no es del CPP en su tarjeta de identificación \$10 Otros PCP \$25	PCP del CPP en su tarjeta de identificación \$0 PCP que no es del CPP en su tarjeta de identificación \$30 Otros PCP \$45
Proveedor de salud conductual	Proveedor del CPP \$0 Proveedor que no es del CPP \$25	Proveedor del CPP \$0 Proveedor que no es del CPP \$45
Especialista	Especialistas del CPP \$40 Especialistas que no son del CPP \$80	Especialistas del CPP \$47 Especialistas que no son del CPP \$94
Terapia del habla, terapia ocupacional, quiropráctica y fisioterapia	Proveedores del CPP \$26 Proveedores que no son del CPP \$52	Proveedores del CPP \$36 Proveedores que no son del CPP \$72

Programa de reemplazo de articulaciones

El Plan médico estatal está trabajando con especialistas ortopédicos selectos de alta calidad para ofrecer un programa de reemplazo de articulaciones para miembros elegibles que necesitan una cirugía de reemplazo de rodilla, cadera u hombro. El programa simplifica todo el proceso, desde las consultas y pruebas previas a la cirugía hasta el seguimiento y la fisioterapia después de la cirugía, con un solo pago.

Si un miembro es elegible, no se aplicará ningún deducible ni coseguro a los servicios combinados. En cambio, un miembro solo tendrá que pagar un copago.

- Enhanced PPO Plan (80/20) – El miembro solo paga \$600.00 de copago
- Base PPO Plan (70/30) – El miembro solo paga \$900.00 de copago

El pago combinado incluye el costo de los siguientes cargos médicos de su cirugía.

- Visitas al cirujano ortopédico
- Atención en un hospital o centro quirúrgico
- Anestesia
- Visitas de fisioterapia
- Visitas a la sala de emergencias relacionadas con su cirugía

La elegibilidad la determina el proveedor. Para obtener información y una lista de proveedores participantes, visite el sitio web del Plan médico estatal en www.shpnc.org.

Comparación de Planes médicos estatales de 2024

LO QUE USTED PAGA				
CARACTERÍSTICAS DEL DISEÑO DEL PLAN	ENHANCED PPO PLAN (80/20)		BASE PPO PLAN (70/30)	
	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Deducible anual	\$1,250 individual \$3,750 familiar	\$2,500 individual \$7,500 familiar	\$1,500 individual \$4,500 familiar	\$3,000 individual \$9,000 familiar
Coseguro	20% de los gastos elegibles después de alcanzar el deducible	40% de los gastos elegibles después de alcanzar el deducible y la diferencia entre la cantidad permitida y el cargo	30% de los gastos elegibles después de alcanzar el deducible	50% de los gastos elegibles después de alcanzar el deducible y la diferencia entre la cantidad permitida y el cargo
Gasto máximo de bolsillo (Médico y de farmacia combinados)	\$4,890 individual \$14,670 familiar	\$9,780 individual \$29,340 familiar	\$5,900 individual \$16,300 familiar	\$11,800 individual \$32,600 familiar
Servicios preventivos	\$0 (el Plan cubre el 100%)	No corresponde	\$0 (el Plan cubre el 100%)	No corresponde
Visitas en el consultorio	\$0 para PCP del CPP en su tarjeta de identificación; \$10 para PCP que no es del CPP en su tarjeta de identificación; \$25 para cualquier otro PCP	40% después de alcanzar el deducible	\$0 para PCP del CPP en su tarjeta de identificación; \$30 para PCP que no es del CPP en su tarjeta de identificación; \$45 para cualquier otro PCP	50% después de alcanzar el deducible
Visitas a especialistas	Especialista del CPP \$40 Otros especialistas \$80	40% después de alcanzar el deducible	Especialista del CPP \$47 Otros especialistas \$94	50% después de alcanzar el deducible
Terapia del habla, terapia ocupacional, quiropráctica y fisioterapia	Proveedor del CPP \$26 Otro proveedor \$52	40% después de alcanzar el deducible	Proveedor del CPP \$36 Otro proveedor \$72	50% después de alcanzar el deducible
Atención de urgencia	\$70		\$100	
Sala de emergencias (Copago exonerado con hospitalización o estancia de observación)	\$300 de copago, luego 20% después de alcanzar el deducible		\$337 de copago, luego 30% después de alcanzar el deducible	
Hospitalización	\$300 de copago, luego 20% después de alcanzar el deducible Fuera de la red: \$300 de copago, luego 40% después de alcanzar el deducible		\$337 de copago, luego 30% después de alcanzar el deducible Fuera de la red: \$337 de copago, luego 50% después de alcanzar el deducible	
Beneficios de farmacia				
Nivel 1	\$5 de copago por un suministro para 30 días		\$16 de copago por un suministro para 30 días	
Nivel 2	\$30 de copago por un suministro para 30 días		\$47 de copago por un suministro para 30 días	
Nivel 3	Deducible/coseguro		Deducible/coseguro	
Nivel 4	\$100 de copago por un suministro para 30 días		\$200 de copago por un suministro para 30 días	
Nivel 5	\$250 de copago por un suministro para 30 días		\$350 de copago por un suministro para 30 días	
Nivel 6	Deducible/coseguro		Deducible/coseguro	
Suministros preferidos para pruebas para diabéticos*	\$5 de copago por un suministro para 30 días		\$10 de copago por un suministro para 30 días	
Insulina preferida y no preferida	\$0 de copago por un suministro para 30 días		\$0 de copago por un suministro para 30 días	
Medicamentos preventivos	\$0 (el Plan cubre el 100%)		\$0 (el Plan cubre el 100%)	

PCP: Proveedor de atención primaria

*La marca preferida de las tiras de prueba es One Touch.

Entienda su cobertura de servicios de farmacia

El Plan médico estatal usa un formulario (lista de medicamentos) personalizado cerrado. El formulario indica qué medicamentos están cubiertos por el Plan y cuáles no lo están. Todos los medicamentos que están en el formulario se agrupan por niveles. El nivel de su medicamento y el plan determinan la parte del costo que usted debe pagar.

Un proceso de excepción de exclusión del formulario está disponible para los miembros del Plan que, según su proveedor, necesitan permanecer tomando un medicamento excluido o no cubierto. Si un miembro recibe la aprobación de una solicitud de excepción para un medicamento excluido, dicho medicamento se incluirá en el Nivel 3 o en el Nivel 6, y el miembro deberá pagar el costo compartido aplicable.

Una vez que alcance su deducible, será responsable por el coseguro, hasta que alcance el máximo de gastos de bolsillo. Para los medicamentos que estén sujetos a un coseguro, en la mayoría de los casos, los miembros tendrán gastos de bolsillo más altos. Lo animamos a que hable de las opciones de medicamentos genéricos con su proveedor, que pueden hacerle ahorrar dinero.

El formulario (lista de medicamentos), que determina qué medicamentos están cubiertos y en qué nivel se incluyen, cambia cada tres meses, por lo que es posible que tenga cambios en su cobertura de medicamentos recetados en 2024. El formulario está disponible en el sitio web del Plan en www.shpnc.org.

NOTA IMPORTANTE SOBRE LOS MEDICAMENTOS DEL NIVEL 3 Y DEL NIVEL 6

En los dos planes, los medicamentos no preferidos de Nivel 3 y de Nivel 6 no tienen un copago definido, sino que dependen del deducible/coseguro de su plan específico. Esto significa que usted tendrá que pagar el costo total del medicamento hasta alcanzar el deducible.

RECURSOS SOBRE LOS BENEFICIOS DE FARMACIA

Estas herramientas incluyen información basada en el formulario de 2023 y están sujetas a cambios antes del 1 de enero de 2024.

- **Herramienta de búsqueda de medicamentos:** es una herramienta en línea que le permite buscar un medicamento para saber si tiene cobertura y obtener un cálculo del gasto de bolsillo.
- **Lista de medicamentos preferidos:** es una lista con los medicamentos preferidos en que se indica para cuáles se necesita aprobación previa.
- **Formulario integral:** es una lista completa de los medicamentos cubiertos y del nivel en que están.
- **Lista de medicamentos preventivos:** los medicamentos en esta lista están cubiertos al 100%, lo que significa que no hay ningún gasto de bolsillo para usted.
- **Lista de medicamentos de especialidad:** es una lista completa de todos los medicamentos disponibles mediante CVS Specialty. El formulario o la lista de medicamentos se actualiza a lo largo del año, de manera trimestral, por lo que siempre hay una posibilidad de que cambie el estado de cobertura de sus medicamentos, lo que podría afectar a sus gastos de bolsillo.
- **El administrador de beneficios de farmacia del Plan, CVS Caremark,** es otro recurso útil a la hora de tomar sus decisiones. Para comunicarse con el área de Atención al Cliente de CVS, puede llamar al 888-321-3124, o iniciar sesión en su cuenta en www.caremark.com. Recuerde siempre analizar sus opciones de recetas con su proveedor de atención médica, para encontrar el tratamiento con la mejor relación costo/beneficio.

Los recursos de beneficios de farmacia están en el sitio web del Plan en www.shpnc.org.

PRIMAS MENSUALES 2024

¡Por sexto año consecutivo, no hay aumentos en las primas! Las primas mensuales mencionadas se aplican únicamente a los suscriptores activos. Las primas mensuales para todos los miembros están en el sitio web del Plan en www.shpnc.org.

TARIFAS DE PRIMAS MENSUALES 2024*		
	Enhanced PPO Plan (80/20)	Base PPO Plan (70/30)
Solo para el suscriptor	\$50	\$25
Suscriptor + hijos	\$305	\$218
Suscriptor + cónyuge	\$700	\$590
Suscriptor + familia	\$720	\$598

*Se debe haber completado la declaración sobre consumo de tabaco.

REDUCCIÓN DE LA PRIMA POR DECLARACIÓN SOBRE CONSUMO DE TABACO

- Si (A) declara que no consume tabaco o (B) acepta y completa una sesión de orientación para dejar de fumar y carga la documentación requerida antes de la fecha límite, reducirá su prima en \$60 por mes en 2024 (el crédito de prima solo se aplica a la prima exclusiva para suscriptores).
- Si usted NO consume tabaco, simplemente tendrá que completar una declaración en línea durante el período de inscripción abierta para recibir el crédito de prima.
- Aunque haya completado la declaración sobre consumo de tabaco durante el período de inscripción abierta del año pasado, deberá hacer una nueva declaración durante el período de inscripción abierta de este año para recibir el crédito de \$60 para las primas para el año de beneficios 2024 del Plan.
- Los usuarios de tabaco pueden asistir a una sesión de orientación para dejar de fumar en el consultorio de un proveedor GRATIS para recibir una prima más baja para 2024. **Tiene hasta el 30 de noviembre de 2023** para completar una sesión de orientación y cargar la documentación necesaria de su visita. Si no completa su sesión de orientación, y si no carga la documentación necesaria antes de la fecha límite, no recibirá el crédito de prima.
- Si combina su visita para dejar de fumar con otro servicio, es posible que haya un copago.
- Después de visitar a un proveedor para su sesión para dejar de fumar, el proveedor presentará un reclamo en su nombre. **Para asegurarse de recibir crédito por su visita, debe cargar el resumen de su visita en el consultorio en el "Document Center" (Centro de documentos) que está en eBenefits, el sistema de inscripción del Plan.** Asegúrese de pedir una copia del resumen de su visita durante la sesión de orientación.

	Enhanced PPO Plan (80/20)	Base PPO Plan (70/30)
Prima mensual solo para el suscriptor	\$110	\$85
<i>* Dar fe de no ser usuario de tabaco o aceptar visitar a un proveedor (antes del 30 de noviembre de 2023) para al menos una sesión de orientación para dejar de fumar para ganar un crédito de prima mensual de \$60.</i>	-\$60	-\$60
Total de la prima mensual solo para el suscriptor (con crédito)	\$50	\$25

Lista de verificación para el período de inscripción abierta

- ✔ Visite www.shpnc.org para obtener más información sobre sus beneficios para 2024. Use los recursos para ayudarlo a tomar una decisión. Encontrará una comparación de planes, hojas de tarifas, videos y manuales de beneficios.
- ✔ Participe en un seminario web sobre la inscripción abierta. Estos seminarios web revisarán sus opciones para 2024, analizarán los cambios en los beneficios y ofrecerán la oportunidad de hacer preguntas. Reserve su plaza en www.shpnc.org.
- ✔ Cuando esté listo para inscribirse o cambiar su plan, a partir del 9 de octubre de 2023, visite www.shpnc.org y haga clic en eBenefits.
- ✔ Inicie sesión en el sistema eBenefits. Es posible que deba crear una cuenta si es la primera vez que usa eBenefits.
- ✔ Revise la información sobre sus dependientes y haga los cambios que sean necesarios. Si quiere agregar a un dependiente nuevo, deberá dar el número de Seguro Social, y se le pedirá que cargue la documentación necesaria.
- ✔ Elija su plan: Enhanced PPO Plan (80/20) o Base PPO Plan (70/30).
- ✔ Complete la declaración sobre consumo de tabaco para reducir su prima mensual.
- ✔ Asegúrese de que la información sobre su proveedor de atención primaria esté actualizada. Recuerde que puede ahorrar aun más seleccionando un PCP del Proyecto de precios claros.
- ✔ Revise los beneficios que seleccionó. Si está SATISFECHO con las opciones que eligió, se le pedirá que **GUARDE** su inscripción.
- ✔ Después de elegir las opciones, y de que se muestren en la pantalla para que usted las revise y las imprima, **DEBE** desplazarse hacia la parte de abajo de la página y hacer clic en el botón **"SAVE"** (Guardar); de lo contrario, no se guardarán las opciones que haya elegido.
- ✔ **Imprima la declaración de confirmación para sus registros. Si necesita ayuda con su inscripción, llame al Centro de asistencia con la elegibilidad y la inscripción al 855-859-0966.**

SEMINARIOS WEB DE INSCRIPCIÓN ABIERTA

Estos breves seminarios web están diseñados para garantizar que entienda las opciones de su plan médico para 2024. ¡Visite www.shpnc.org para registrarse en una fecha y hora que le resulte conveniente!

FECHAS DE LOS SEMINARIOS WEB	HORARIOS DE LOS SEMINARIOS WEB
26 de septiembre	4 p. m.
28 de septiembre	3:30 p. m.
4 de octubre	12:30 p. m.
10 de octubre	3:30 p. m.
12 de octubre	10:30 a. m.
17 de octubre	12:30 p. m.
19 de octubre	4 p. m.
25 de octubre	12:30 p. m.

RECURSOS DE SALUD Y BIENESTAR

El Plan médico estatal continúa ofreciendo orientación telefónica para la administración de casos y enfermedades a miembros con las siguientes condiciones: enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad de las arterias coronarias, diabetes, asma, enfermedad cerebrovascular y enfermedad arterial periférica.

También se ofrece administración de casos para los miembros con necesidades complejas de atención médica y con determinadas condiciones, como enfermedad renal crónica o enfermedad renal en etapa terminal. Si es elegible para estos servicios, recibirá un aviso.

¿Olvidó su contraseña para eBenefits? Para los miembros que inician sesión directamente en eBenefits (no mediante un portal de empleador), puede restablecer su contraseña usted mismo y **NO** necesita llamar al Centro de asistencia con la elegibilidad y la inscripción para restablecer su contraseña.

Si tiene problemas para iniciar sesión en eBenefits, no siga intentándolo o bloqueará su cuenta. En su lugar, tiene la opción de restablecer la contraseña. Simplemente, haga clic en "Reset your account" (Restablecer la cuenta) en la página de inicio de sesión y después haga clic en "I can't remember my password" (No recuerdo mi contraseña). Desde ahí, se le indicará una pantalla que le pedirá que escriba su nombre de usuario, para que se pueda enviar un código de acceso a la dirección de correo electrónico que tiene en eBenefits.

Consejo: Asegúrese de que su contraseña de eBenefits esté actualizada antes de comenzar la inscripción abierta para garantizar un proceso más fluido.

Conéctese con BlueConnect

Los suscriptores del Plan médico estatal tienen acceso a BlueConnect, un recurso seguro en línea para ayudarlos a manejar su plan médico y a maximizar sus beneficios. Con BlueConnect, los usuarios registrados pueden hacer diversas tareas de autoservicio en línea, las 24 horas del día, sin tener que usar el teléfono.

- Busque proveedores y lea reseñas sobre ellos
- Revise el estado de sus reclamos y cuánto le falta para alcanzar su deducible
- Revise su reporte resumido de atención médica
- Pida tarjetas de identificación nuevas
- Consulte la herramienta de cálculo de gastos médicos
- Revise la Explicación de beneficios (EOB) para entender la información de sus reclamos
- Investigue temas de salud y bienestar para ayudarlo a tomar decisiones más informadas sobre la atención médica
- Regístrese en el Programa de descuentos Blue365®, que incluye:
 - membresías para gimnasios y equipo deportivo;
 - cuidado de la vista y la audición;
 - programas de nutrición y pérdida de peso;
 - viajes y actividades familiares;
 - herramientas y recursos para el bienestar del cuerpo y de la mente;
 - herramientas y programas económicos.

Para acceder a BlueConnect: Visite el sitio web del Plan médico estatal en www.shpnc.org y haga clic en eBenefits, el sistema de inscripción del Plan, para iniciar sesión. Una vez que haya iniciado sesión en eBenefits, aparecerá un enlace directo a BlueConnect en el menú del lado izquierdo.

RECUERDE: ES IMPORTANTE QUE HAGA ESTO

Todos los miembros se inscribirán automáticamente en el Base PPO Plan (70/30), que tendrá una prima de \$85 solo para suscriptores. Puede reducir esta prima en \$60 a una prima solo para suscriptores de \$25 completando la declaración sobre consumo de tabaco. Los miembros que quieran inscribirse en el Enhanced PPO Plan (80/20) o que quieran reducir su prima mensual en el Enhanced PPO Plan (80/20) o el Base PPO Plan (70/30) completando la declaración sobre consumo de tabaco **DEBEN TOMAR MEDIDAS** durante la inscripción abierta, del 9 al 27 de octubre de 2023.

¡NO ESPERE HASTA EL ÚLTIMO MOMENTO!

**Centro de asistencia con la elegibilidad y la inscripción:
855-859-0966**

Durante el período de inscripción abierta, el Centro de asistencia con la elegibilidad y la inscripción trabajará en horario extendido.

Lunes a viernes: de 8 a. m. a 10 p. m.; sábados:
de 8 a. m. a 5 p. m.

MANTÉNGASE EN CONTACTO

¡No se pierda la información sobre el Plan médico estatal! ¡Tenemos varias maneras para que se mantenga informado!



Síguenos en Facebook
facebook.com/SHPNC/



Envíe un mensaje de texto al 76971 para recibir información general del Plan médico estatal por mensaje de texto. Envíe "STOP" (Parar) para dejar de recibir mensajes. Se pueden aplicar tarifas por mensajes y datos.



Suscríbese a Member Focus, el boletín electrónico mensual del Plan médico estatal.

Avisos legales

Aviso de prácticas de privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED, Y CÓMO PUEDE CONSULTAR DICHA INFORMACIÓN. LÉALO CON ATENCIÓN.

Fecha original de entrada en vigor: 14 de abril de 2003

Fecha modificada de entrada en vigor: 10 de junio de 2021

Introducción

Una ley federal, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA), exige que protejamos la privacidad de la información médica identificable que el Plan cree o reciba, o que se cree o reciba en nombre de este. Este aviso describe las obligaciones del Plan en virtud de la HIPAA, cómo se puede usar y revelar su información médica, sus derechos según las disposiciones de privacidad de la HIPAA y cómo usted puede acceder a dicha información. Léalo con atención.

Sus derechos

Usted tiene derecho a:

- obtener una copia de sus expedientes y reclamos médicos;
- corregir sus expedientes y reclamos médicos;
- pedir que la comunicación sea confidencial;
- pedirnos que limitemos la información que compartamos;
- obtener una lista de las personas con quienes hemos compartido su información;
- obtener una copia de este aviso de privacidad;
- elegir a una persona para que actúe en su nombre;
- presentar una queja si cree que se han quebrantado sus derechos de privacidad.

Sus opciones

Usted tiene algunas opciones en cuanto a la manera en que nosotros usamos y revelamos su información si:

- respondemos preguntas de sus familiares y amigos sobre cobertura;
- ayudamos en caso de desastres;
- comercializamos nuestros servicios o vendemos su información.

Nuestros usos y revelaciones

Es posible que usemos y revelemos su información:

- Para ayudar a manejar el tratamiento de atención médica que recibe
- Para hacer las operaciones de nuestra organización
- Para pagar sus servicios médicos
- Para administrar su plan médico
- Para ayudar con problemas de seguridad y salud pública
- Para hacer investigaciones
- Para cumplir la ley
- Para responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos, y trabajar con un examinador médico o con el director de una funeraria
- Para tratar solicitudes de compensación de los trabajadores, solicitudes de las fuerzas del orden y otras solicitudes gubernamentales
- Para responder a demandas y acciones judiciales

Sus derechos

Usted tiene determinados derechos sobre su información médica. En esta sección, se explican sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo. Obtener una copia de sus expedientes y reclamos médicos.

- Usted puede pedir que le muestren sus expedientes y reclamos médicos, o pedir una copia de estos documentos; lo mismo sucede con otra información médica que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Nosotros le daremos una copia o un resumen de sus expedientes y reclamos médicos, normalmente, en un plazo de 30 días a partir de su solicitud. Es posible que le cobremos una tarifa razonable basada en el costo.
- Pedirnos que corrijamos sus expedientes y reclamos médicos.
- Usted puede pedirnos que corrijamos sus expedientes y reclamos médicos si considera que son incorrectos o están incompletos. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podríamos negarnos a su solicitud, pero le comunicaremos el motivo por escrito en un plazo de 60 días.
- Pedir que la comunicación sea confidencial.
- Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una forma específica
- (por ejemplo, teléfono de casa u oficina) o que le enviemos correos a una dirección diferente.
- Consideraremos todas las solicitudes razonables, y debemos aceptar la solicitud si usted nos informa de que correría peligro si no lo hiciéramos.
- Pedirnos que limitemos la información que usamos o que compartimos.
- Usted puede pedirnos que no usemos ni revelemos determinada información médica para tratamientos, pagos o para nuestras operaciones.
- No es obligatorio que aceptemos su solicitud, y podríamos rechazarla si eso afecta a su atención.
- Obtener una lista de las personas con que hemos compartido su información.
- Usted puede pedir una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información médica (incluyendo los expedientes médicos, los registros de facturación y demás registros que se usan para tomar decisiones sobre sus beneficios de atención médica) en los seis años previos a la fecha de su solicitud, que incluirá información de con quién la hemos compartido y por qué.
- Se incluirán todas las revelaciones excepto: (1) las revelaciones con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica; (2) revelaciones que se le hagan a usted; (3) revelaciones hechas siguiendo su autorización; (4) revelaciones hechas a amigos o a familiares en su presencia o debido a una emergencia; (5) revelaciones con fines de seguridad nacional y (6) revelaciones relacionadas con otras revelaciones permitidas.
- Para pedir un informe, debe enviar una solicitud por escrito a la persona de contacto para asuntos de privacidad identificada en este aviso. Su solicitud debe establecer un período de seis (6) años como máximo.

Cómo obtener una copia de este aviso de privacidad

Usted puede pedir una copia en papel de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso de manera electrónica. Le daremos una copia en papel de manera inmediata.

Cómo elegir a una persona para que actúe en su nombre

- Si usted le ha dado a alguien un poder notarial para decisiones médicas o si tiene un tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nosotros nos aseguraremos de que la persona tenga esa autoridad y pueda actuar en nombre de usted antes de que tomemos alguna medida.

Presentar una queja si considera que se han quebrantado sus derechos

- Puede comunicarse con nosotros usando la información que se menciona en la página 1 para presentar una queja si cree que hemos quebrantado sus derechos.
- Puede presentar una queja a la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services) enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
- No se tomarán represalias en su contra por presentar una queja.

Sus opciones

Para cierta información médica, usted puede decirnos qué podemos compartir. Si tiene una preferencia clara sobre la manera de revelar su información en las situaciones descritas abajo, comuníquese con nosotros. Infórmenos qué quiere que hagamos, y nosotros seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de pedirnos:

- que compartamos información con su familia, sus amigos cercanos u otras personas que participan en el pago de su atención;
- que compartamos información en caso de necesitar ayuda debido a un desastre.

Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos proceder a compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.

En estos casos, nunca compartiremos su información, a menos que dé su autorización por escrito:

- para fines de marketing, incluyendo cuando usted da su número de teléfono celular con el fin expreso de inscribirse en el programa de mensajes de texto del Plan. Para obtener más información, consulte los "Términos y condiciones del envío de SMS";
- para venderla.

Nuestros usos y revelaciones

¿Cómo usamos o revelamos normalmente su información médica?

Normalmente, usamos o revelamos su información médica de las siguientes maneras:

Para ayudar a manejar el tratamiento de atención médica que recibe

Podemos usar su información médica y compartirla con los profesionales que lo están tratando. Ejemplo: el Plan puede revelar su información médica para que sus médicos, farmacias, hospitales y otros proveedores de atención médica puedan darle tratamiento médico.

Para hacer las operaciones de nuestra organización

Podemos usar y revelar su información para hacer las operaciones de nuestra organización (operaciones de atención médica), mejorar la calidad de la atención que damos, reducir los costos de la atención médica y comunicarnos con usted cuando sea necesario. Ejemplo: el Plan puede usar y revelar su información para determinar el presupuesto para el año siguiente o para establecer primas.

No estamos autorizados a usar información genética para decidir si le daremos cobertura y el precio que tendrá esa cobertura. Esto no se

aplica a los planes de atención de largo plazo. Ejemplo: usamos su información médica para desarrollar mejores servicios para usted.

Para pagar sus servicios médicos

Podemos usar y revelar su información médica para pagar por sus servicios médicos. Ejemplo: compartimos información sobre usted con CVS Caremark para coordinar el pago de sus recetas.

Para administrar su plan

Es posible que revelemos su información médica al patrocinador de su plan médico para la administración del plan. Ejemplo: el representante de beneficios médicos de su empleador recibe información para ayudarlo a entender sus beneficios médicos y ayudarlo a asegurarse de que esté inscrito.

¿De qué otra manera podemos usar o revelar su información médica?

Estamos autorizados a revelar su información, o se nos pide que la revelemos, en otros casos, por lo general, cuando el fin es contribuir con el bien público, como en la investigación y para asuntos de salud pública. Tenemos que cumplir muchas condiciones legales antes de revelar su información para estos fines. Para obtener más información, consulte: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Para ayudar con problemas de seguridad y salud pública

Podemos revelar su información médica en determinadas situaciones, por ejemplo:

- para evitar enfermedades;
- para ayudar con retiradas de productos del mercado;
- para reportar reacciones adversas a medicamentos;
- para reportar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica;
- para evitar o reducir una amenaza grave para la salud o seguridad de las personas.

Para hacer investigaciones

Podemos usar o compartir su información para hacer investigaciones médicas. Las investigaciones que se hacen usando información del Plan deben pasar por un proceso de revisión especial. No usaremos ni revelaremos su información, a menos que tengamos su autorización o hayamos determinado que su privacidad está protegida.

Para cumplir la ley

Compartiremos su información si las leyes estatales o federales lo exigen, incluyendo ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos, si este quiere verificar que estemos cumpliendo la ley federal sobre privacidad.

Para responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos, y trabajar con un examinador médico o con el director de una funeraria

- Podemos compartir su información médica con organizaciones encargadas de la obtención de órganos.
- Podemos compartir información médica con un médico forense, con un examinador médico o con el director de una funeraria cuando una persona muere.

Para tratar solicitudes de compensación de los trabajadores, solicitudes de las fuerzas del orden y otras solicitudes gubernamentales

Podemos usar o compartir su información médica:

- para reclamos sobre compensación de trabajadores;
- para fines de orden público o con un funcionario de las fuerzas del orden;
- con agencias de supervisión médica para hacer actividades autorizadas por la ley;
- para funciones especiales del gobierno, como las relacionadas con el ejército, la seguridad

nacional y los servicios de protección del presidente.

Para responder a demandas y acciones judiciales

Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden de un tribunal o una orden administrativa, o en respuesta a una citación.

Otros usos y revelaciones

Algunos usos y revelaciones de su información solamente se harán con su autorización por escrito. Por ejemplo, se necesita su autorización por escrito en los siguientes casos: (i) cualquier uso o revelación de notas de psicoterapia, a excepción de lo que se permita en 45 C.F.R. 164.508(a)(2); (ii) cualquier uso o revelación para fines de "marketing," a excepción de lo que se permita en 45 C.F.R. 164.508(a)(3); (iii) cualquier revelación que constituya una venta de PHI. Si usted autoriza al Plan para que use o revele su PHI, podrá revocar la autorización por escrito en cualquier momento. Sin embargo, su revocación impedirá solamente los usos y las revelaciones que se hagan en el futuro, después de que el Plan reciba su revocación. No tendrá ningún efecto sobre los usos y las revelaciones anteriores de su PHI.

Nuestras responsabilidades

- La ley nos exige mantener la privacidad y la seguridad de su información médica protegida.
- Nosotros lo informaremos de inmediato si se produce una violación que pudiera haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos cumplir las responsabilidades y las prácticas de privacidad descritas en este aviso y enviarle a usted una copia de este.
- No usaremos ni compartiremos su información, salvo según se describe aquí, a menos que usted nos autorice por escrito. Si usted nos autoriza, podrá cambiar de opinión en cualquier momento. Díganos por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información, consulte: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Cambios en los términos de este aviso

El Plan tiene el derecho a modificar este aviso en cualquier momento. El Plan también tiene derecho a aplicar el aviso revisado o modificado a la información médica sobre usted que el Plan ya tiene en su poder, además de cualquier otra información que reciba en el futuro. El Plan publicará una copia del aviso actual en www.shpnc.org. Puede pedir una copia llamando al 919-814-4400.

Quejas

Si cree que se han quebrantado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja al Plan o al secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos. No lo penalizarán ni se tomarán represalias en su contra por presentar una queja.

Para presentar una queja al Plan, comuníquese con la persona de contacto para asuntos de privacidad, cuyos datos se mencionan en este aviso.

Para presentar una queja ante el secretario de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos, use esta información de contacto:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW.
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Presente una queja de forma electrónica en: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
Los formularios de quejas están disponibles en: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Información de contacto para asuntos de privacidad

La información de contacto del Plan para asuntos de privacidad es:
Plan médico estatal
Attention: HIPAA Privacy Officer
3200 Atlantic Avenue Raleigh, NC 27604
919-814-4400

Inscripción en el Plan de beneficios flexibles (según la sección 125 del IRS) para el Plan médico estatal

Su cobertura de beneficios médicos solo puede modificarse (se pueden agregar o eliminar dependientes) durante el período de inscripción abierta o después de un acontecimiento calificador. Estos cambios incluyen, entre otros, los siguientes:

- cambios en su estado civil por matrimonio, fallecimiento del cónyuge, divorcio, separación legal o anulación;
- aumenta o disminuye la cantidad de sus dependientes elegibles por motivos de nacimiento, adopción, colocación en adopción o fallecimiento del dependiente;
- cambio en su situación laboral, o en la de su cónyuge o sus dependientes elegibles, que causa la pérdida o la obtención de una cobertura médica grupal;
- usted, su cónyuge o sus dependientes pasan a tener derecho a recibir Medicare o Medicaid;
- su dependiente deja de ser elegible (p. ej., el hijo dependiente cumple 26 años);
- usted, su cónyuge o sus dependientes se toman una licencia sin goce de sueldo, como una licencia familiar, médica o militar, o bien, se reincorporan después de haberse tomado dicha licencia;
- usted recibe una orden de manutención infantil médica calificada (según lo determine el administrador del plan) que exige al plan dar cobertura a sus hijos;
- si usted o sus dependientes cambian de país de residencia permanente, mudándose a los Estados Unidos o a otro país, usted o sus dependientes tendrán 30 días desde la fecha de ingreso o salida de los Estados Unidos para cambiar su elección de plan de beneficios médicos;
- si usted, su cónyuge o sus dependientes tienen un cambio en el costo o en la cobertura en otro plan médico grupal para el que se permitió un cambio de elección, puede hacer el cambio de elección correspondiente según el Plan flexible (p. ej., el empleador de su cónyuge aumenta considerablemente el costo de la cobertura y, como consecuencia, permite que su cónyuge cambie su elección);
- si cambia su situación laboral de modo que ya no se espere que alcance un promedio de 30 horas de servicio por semana, pero no pierde la elegibilidad para recibir la cobertura en virtud del Plan médico estatal (p. ej., está en un período de estabilidad durante el que califica como empleado a tiempo completo), puede revocar su elección siempre y cuando certifique que tiene o que se inscribirá (junto con sus familiares con cobertura) en otra cobertura que dé un nivel mínimo y esencial (p. ej., una del mercado) y que entre en vigor, a más tardar, el primer día del segundo mes posterior al mes que incluye la fecha de revocación de la cobertura original;
- eventualmente, puede revocar su elección de participación en el Plan médico estatal si certifica su intención de inscribirse y de inscribir a cualquier dependiente con cobertura en una cobertura del mercado que entre en vigor, a más tardar, el día inmediatamente posterior al último día de la cobertura original que se revoca;

- usted o sus hijos pierden la elegibilidad para Medicaid o un Children's Health Insurance Program (Programa de Seguro de Salud Infantil) del estado. En este caso, debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la pérdida de elegibilidad;
- si usted, su cónyuge o sus dependientes pierden la elegibilidad para la cobertura (según se define en la HIPAA) con cualquier plan médico grupal o cobertura de seguro médico (p. ej., cobertura en el mercado individual, incluyendo el Mercado de seguros médicos), puede cambiar su elección de participación.

Además, incluso si ocurre uno de estos acontecimientos, su cambio de elección debe ser "acorde" al acontecimiento, según lo define el IRS. Por lo tanto, el cambio de elección que quiere puede no estar permitido si no es acorde al cambio en la vida, según lo determinan las normas y las reglamentaciones del IRS. Si se produce uno de estos acontecimientos en su vida, deberá completar su solicitud mediante su sistema de inscripción en línea en un plazo de 30 días después del suceso (excepto en los casos que se describen arriba). Si no procesa la solicitud en un plazo de 30 días, deberá esperar hasta el próximo período de inscripción abierta para hacer el cambio de cobertura.

Aviso sobre los derechos de inscripción especial según la HIPAA

Si rechaza su inscripción y la de sus dependientes (incluyendo su cónyuge) debido a otra cobertura de seguro médico o cobertura de plan médico grupal, es posible que pueda inscribirse e inscribir a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de hacer contribuciones para esa otra cobertura que tienen usted o sus dependientes). Sin embargo, deberá solicitar la inscripción en un plazo de 30 días después de la finalización de esa otra cobertura que usted o sus dependientes tengan (o después de que el empleador deje de hacer contribuciones para la otra cobertura).

Si tiene un dependiente nuevo como resultado de un matrimonio, un nacimiento, una adopción o una colocación en adopción, es posible que pueda inscribirse e inscribir a sus dependientes. Sin embargo, deberá solicitar la inscripción en un plazo de 30 días después del matrimonio, el nacimiento, la adopción o la colocación en adopción. Si rechaza su inscripción o la de un dependiente elegible (incluyendo su cónyuge) mientras la cobertura de Medicaid o de un programa estatal de seguro médico para niños esté vigente, es posible que pueda inscribirse e inscribir a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura. Sin embargo, deberá solicitar la inscripción en un plazo de 60 días después de la finalización de la cobertura que Medicaid o un programa estatal de seguro médico para niños le da a usted o a sus dependientes. Si usted o sus dependientes (incluyendo su cónyuge) se vuelven elegibles para recibir un subsidio de asistencia estatal para las primas, por parte de Medicaid o mediante un programa estatal de seguro médico para niños con respecto a la cobertura según este plan, es posible que pueda inscribirse e inscribir a sus dependientes en este plan. Sin embargo, deberá solicitar la inscripción en un plazo de 60 días después de la determinación de la elegibilidad para recibir asistencia para usted o para sus dependientes.

Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, comuníquese con el Centro de asistencia con la elegibilidad y la inscripción llamando al 855-859-0966.

Aviso sobre los servicios relacionados con la mastectomía

Si se ha hecho o se hará una mastectomía, usted podría tener derecho a ciertos beneficios según

Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer (WHCRA) de 1998. Para las personas que reciben beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se dará según se determine de manera conjunta entre el médico tratante y el paciente, en los siguientes casos:

- todas las etapas de reconstrucción de la mama en que se hizo la mastectomía;
- cirugía y reconstrucción de la otra mama para lograr un aspecto simétrico;
- prótesis, y
- tratamiento de complicaciones físicas de la mastectomía, incluyendo el linfedema.

Estos beneficios estarán sujetos a los mismos deducibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos que ofrezca el plan que usted haya elegido. Si quiere obtener más información sobre los beneficios de WHCRA, llame a Servicio al Cliente.

Aviso sobre protecciones del paciente en planes que no son de derechos adquiridos

El siguiente aviso se aplica a los planes ofrecidos por el Plan médico estatal de Carolina del Norte para maestros y empleados estatales ("Plan") que no se consideran un "plan médico con derechos adquiridos" según la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de la Salud a Bajo Precio. Normalmente, el Plan permite la designación de un proveedor de atención primaria. Usted tiene derecho a designar a cualquier proveedor de atención primaria que esté en nuestra red y que pueda aceptarlos a usted o a sus familiares. Para los niños, puede designar un pediatra como proveedor de atención primaria. Para obtener información sobre cómo elegir un proveedor de atención primaria y para obtener una lista de los proveedores de atención primaria participantes, comuníquese con el Servicio al Cliente.

No necesita autorización previa del Plan ni de ninguna otra persona (incluyendo el proveedor de atención primaria) para acceder a atención obstétrica o ginecológica de un profesional de atención médica de nuestra red que se especialice en obstetricia o ginecología. El profesional de atención médica, sin embargo, puede estar obligado a cumplir determinados procedimientos, como obtener autorización previa para algunos servicios, seguir un plan de tratamiento preaprobado o un procedimiento para hacer remisiones. Para obtener una lista de los profesionales de atención médica participantes que se especializan en obstetricia o ginecología, comuníquese con el Servicio al Cliente.

Notificación sobre disponibilidad de opciones de cobertura en el mercado de seguros médicos (notificación del mercado de seguros médicos de empleadores)

Para ayudarlo a evaluar las opciones para usted y su familia, esta notificación le da información básica sobre el Mercado de seguros médicos (el "Mercado"). El Mercado está diseñado para ayudarlo a encontrar un seguro médico que cubra sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El Mercado ofrece un lugar donde buscar y comparar opciones de seguros médicos privados. También es posible que usted sea elegible para un nuevo tipo de crédito tributario que reduzca su prima mensual.

Es posible que califique para ahorrar dinero y reducir su prima mensual, pero solo si su empleador no ofrece cobertura u ofrece una cobertura que no cumple determinadas normas. Los ahorros en la prima para los que puede ser elegible dependen de los ingresos de su grupo familiar. Si su empleador ofrece cobertura médica que cumple determinadas normas, usted no será elegible para recibir un crédito tributario mediante el Mercado, y es posible que quiera inscribirse en el plan médico de su empleador. Sin embargo, es posible que sea elegible para un crédito tributario que reduzca

su prima mensual o para una reducción en ciertos costos compartidos si su empleador no le ofrece cobertura o no ofrece una cobertura que cumpla determinadas normas.

Si el costo del plan de su empleador que le daría cobertura a usted (y no a los demás familiares) supera el 9.5% de los ingresos anuales de su grupo familiar o si la cobertura médica que da su empleador no cumple la norma de "valor mínimo" que establece la Ley del Cuidado de la Salud a Bajo Precio, es posible que sea elegible para un crédito tributario. Un plan médico patrocinado por el empleador cumple la "norma de valor mínimo" si la participación del plan en los costos totales permitidos de beneficios que cubre el plan es, como mínimo, del 60% de dichos costos.

Es importante señalar que, si adquiere un plan médico mediante el Mercado en lugar de aceptar la cobertura médica que ofrece su empleador, es posible que pierda las contribuciones que el empleador hace para la cobertura médica que ofrece. Además, las contribuciones del empleador y las contribuciones que usted haga como empleado para la cobertura médica que da el empleador a menudo se excluyen de los ingresos para los fines de los impuestos federales y estatales. Los pagos para la cobertura mediante el Mercado se hacen después de impuestos.

Para obtener más información sobre la cobertura que ofrece su empleador, consulte la descripción resumida del plan o comuníquese con el Servicio al Cliente. El Mercado puede ayudarlo a evaluar sus opciones de cobertura, incluyendo su elegibilidad para recibir cobertura mediante el Mercado y sus costos. Visite HealthCare.gov para obtener más información, incluyendo una solicitud en línea para cobertura de seguro médico e información de contacto del Mercado de seguros médicos en su área.

Aviso sobre sus derechos y protecciones contra facturas médicas sorpresa

Cuando recibe atención de emergencia o es tratado por un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, está protegido contra la facturación del saldo. En estos casos, no se le debe cobrar más que los copagos, coseguro o deducible de su plan.

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

Cuando consulta a un médico u otro proveedor de atención médica, es posible que deba ciertos gastos de su bolsillo, como un copago, un coseguro o un deducible. Es posible que tenga otros gastos o que tenga que pagar la totalidad de la factura si se atiende con un proveedor o visita un centro de atención médica que no pertenezcan a la red de su plan médico. "Fuera de la red" significa proveedores y centros que no han firmado un contrato con su plan médico para prestar servicios. Es posible que se permita a los proveedores fuera de la red facturarle la diferencia entre lo que paga su plan y la cantidad total cobrada por un servicio. Esto se llama "facturación del saldo." Es probable que esta cantidad sea mayor que los costos dentro de la red por el mismo servicio y es posible que no cuente para el deducible o el límite anual de gastos de bolsillo de su plan. La "facturación sorpresa" es una factura del saldo no prevista. Esto puede suceder cuando no puede controlar quién participa en su atención, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una visita en un centro dentro de la red pero recibe un tratamiento inesperado por parte de un proveedor fuera de la red. Las facturas médicas sorpresa pueden costar miles de dólares según el procedimiento o servicio.

Está protegido contra la facturación del saldo para:

Servicios de emergencia

Si tiene una condición médica de emergencia y recibe servicios de emergencia de un proveedor o centro fuera de la red, lo máximo que pueden facturarle es la cantidad del costo compartido dentro de la red de su plan (como copagos, coseguro y deducibles). No pueden facturarle el saldo de estos servicios de emergencia, incluyendo los servicios que pueda recibir después de estabilizarse, a menos que usted dé su consentimiento por escrito y renuncie a su protección de que no le facturen el saldo por los servicios prestados después de que se haya estabilizado.

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

Cuando recibe servicios en un hospital o un centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, es posible que algunos proveedores de esos lugares estén fuera de la red. En esos casos, lo máximo que esos proveedores pueden facturarle es la cantidad de costos compartidos dentro de la red de su plan. Esto se aplica a los servicios de medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, o los prestados por un cirujano asistente, un hospitalista o un intensivista. Estos proveedores no pueden facturarle el saldo ni pedirle que renuncie a su protección de que no le facturen el saldo. Si obtiene otros tipos de servicios en estos centros dentro de la red, los proveedores fuera de la red no pueden facturarle el saldo, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones.

Nunca se le exigirá que renuncie a su protección de que no le facturen el saldo. Tampoco está obligado a recibir atención fuera de la red.

Puede elegir un proveedor o un centro dentro de la red de su plan.

Cuando no se permite la facturación del saldo, también tiene las siguientes protecciones:

- Usted solo es responsable de pagar su parte del costo (como los copagos, el coseguro y el deducible que pagaría si el proveedor o centro estuviera dentro de la red). Su plan médico pagará cualquier costo adicional a los proveedores y centros fuera de la red directamente. En general, su plan médico debe:
 - Cubrir los servicios de emergencia sin necesidad de obtener una aprobación previa para los servicios (también conocida como "autorización previa").
 - Cubrir servicios de emergencia de proveedores fuera de la red.
 - Basar lo que le debe al proveedor o centro (costo compartido) en lo que le pagaría a un proveedor o centro de la red y mostrar esa cantidad en su explicación de beneficios.
 - Contar cualquier cantidad que pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red para su deducible y límite de gastos de bolsillo.

Si cree que le han facturado incorrectamente, puede comunicarse con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (Teléfono: 800-985-3059) sobre la aplicación de las leyes federales de protección del saldo o facturación sorpresa y al Departamento de Seguros de Carolina del Norte sobre la aplicación de las leyes de protección del saldo o facturación sorpresa de Carolina del Norte (Teléfono: 855-408-1212; Dirección: 325 N. Salisbury Street, Raleigh, NC 27603).

Visite www.cms.gov/nosurprises/consumers para obtener más información sobre sus derechos según la ley federal.

Visite ncdoi.gov para obtener más información sobre sus derechos según la ley de Carolina del Norte.

Asistencia para las primas según Medicaid y el Programa de seguro médico para niños (CHIP)

Asistencia para las primas según Medicaid y el Programa de seguro médico para niños (CHIP); si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y son elegibles para recibir cobertura médica de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia para las primas que puede ayudar a pagar la cobertura, usando 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 para las primas, pero es posible que pueda comprar una cobertura de seguro individual mediante el Mercado de seguros médicos. Para obtener más información, visite www.healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o en CHIP y usted vive en uno de los estados que se mencionan abajo, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para saber si puede obtener asistencia con las primas.

Si usted o sus dependientes NO están actualmente inscritos en Medicaid o CHIP, y cree que usted o cualquiera de sus dependientes podría ser elegible para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado o marque **1-877-KIDS NOW** o www.insurekidsnow.gov para saber cómo enviar una solicitud. Si usted califica, pregunte a su estado si tiene un programa que pueda ayudarlo a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir asistencia de Medicaid o CHIP con las primas, y también son elegibles para el plan de su empleador, este deberá permitirle inscribirse en su plan si aún no está inscrito. Esto se llama oportunidad de "inscripción especial", y **debe pedir la cobertura dentro de los 60 días de haberse determinado que usted es elegible para recibir asistencia para las primas.** Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo (Department of Labor) al www.askebsa.dol.gov o llame al **1-866-444-EBSA (3272)**.

Si usted vive en uno de los siguientes estados, es posible que sea elegible para asistencia para pagar las primas del plan médico de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de julio de 2023. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad:

ALABAMA – Medicaid	ALASKA – Medicaid
Sitio web: http://myalhipp.com/ Teléfono: 1-855-692-5447	Programa de pago de primas del seguro médico de Alaska (AK Health Insurance Premium Payment) Sitio web: http://myakhipp.com/ Teléfono: 1-866-251-4861 Correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad para Medicaid: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx
ARKANSAS – Medicaid	CALIFORNIA – Medicaid
Sitio web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Programa de pago de primas del seguro médico (Health Insurance Premium Payment, HIPP) Sitio web: 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 Child Health Plan Plus (CHP+)	FLORIDA – Medicaid
Sitio web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/ Centro de contacto para miembros de Health First Colorado: 1-800-221-3943/ Retransmisión estatal 711 CHP+: https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus Servicio al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/ Retransmisión estatal 711 Programa de compra de seguro médico (Health Insurance Buy-In, HIBI): https://www.mycohibi.com/ Servicio al Cliente de HIBI: 1-855-692-6442	Sitio web: https://www.flmedicaidtprecovery.com/flmedicaidtprecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268

<p align="center">GEORGIA – Medicaid</p> <p>Sitio web de HIPP de GA: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162, presione 1 Sitio web de CHIPRA de GA: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Teléfono: (678) 564-1162, presione 2</p>	<p align="center">INDIANA – Medicaid</p> <p>Healthy Indiana Plan para adultos de bajos ingresos de 19 a 64 años Sitio web: http://www.in.gov/fssa/hip/ Teléfono: 1-877-438-4479 Todos los demás programas de Medicaid Sitio web: https://www.in.gov/medicaid/ Teléfono: 1-800-457-4584</p>
<p align="center">IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)</p> <p>Sitio web de Medicaid: https://dhs.iowa.gov/ime/members Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366 Sitio web de Hawki: http://dhs.iowa.gov/Hawki Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563 Sitio web de HIPP: https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp Teléfono de HIPP: 1-888-346-9562</p>	<p align="center">KANSAS – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.kancare.ks.gov/ Teléfono: 1-800-792-4884 Teléfono de HIPP: 1-800-967-4660</p>
<p align="center">KENTUCKY – Medicaid</p> <p>Programa de pago de primas de seguro médico integrado de Kentucky (Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program, KI-HIPP) Sitio web: https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Teléfono: 1-855-459-6328 Correo electrónico: KIHIPP.PROGRAM@ky.gov Sitio web de KCHIP: https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-877-524-4718 Sitio web de Medicaid de Kentucky: https://chfs.ky.gov</p>	<p align="center">LOUISIANA – Medicaid</p> <p>Sitio web: www.medicicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)</p>
<p align="center">MAINE – Medicaid</p> <p>Sitio web de inscripción: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: servicio de retransmisión de Maine 711 Página web de las primas del seguro médico privado: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-977-6740 TTY: servicio de retransmisión de Maine 711</p>	<p align="center">MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web: https://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840 TTY: 711</p>
<p align="center">MINNESOTA – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp Teléfono: 1-800-657-3739</p>	<p align="center">MISSOURI – Medicaid</p> <p>Sitio web: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005</p>
<p align="center">MONTANA – Medicaid</p> <p>Sitio web: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084 Correo electrónico: HHSHIPPPProgram@mt.gov</p>	<p align="center">NEBRASKA – Medicaid</p> <p>Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178</p>
<p align="center">NEVADA – Medicaid</p> <p>Sitio web de Medicaid: http://dhcftp.nv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900</p>	<p align="center">NUEVO HAMPSHIRE – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Teléfono: 603-271-5218 Número gratis para el programa HIPP: 1-800-852-3345, ext. 5218</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">NUEVA YORK – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831</p>
<p align="center">CAROLINA DEL NORTE – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov/ Teléfono: 919-855-4100</p>	<p align="center">DAKOTA DEL NORTE – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.hhs.nd.gov/healthcare Teléfono: 1-844-854-4825</p>
<p align="center">OKLAHOMA – Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742</p>	<p align="center">OREGON – Medicaid</p> <p>Sitio web: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-800-699-9075</p>

PENSILVANIA – Medicaid y CHIP		RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP	
Sitio web: https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Program.aspx Teléfono: 1-800-692-7462 Sitio web de CHIP: Programa de seguro médico para niños (CHIP) (pa.gov) Teléfono de CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)		Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 1-855-697-4347 o 401-462-0311 (línea directa de RItte Share)	
CAROLINA DEL SUR – Medicaid		DAKOTA DEL SUR – Medicaid	
Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820		Sitio web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059	
TEXAS – Medicaid		UTAH – Medicaid y CHIP	
Sitio web: Programa de pago de primas del seguro médico (HIPP) Salud y Servicios Humanos de Texas Teléfono: 1-800-440-0493		Sitio web de Medicaid: https://medicaid.utah.gov/ Sitio web de CHIP: http://health.utah.gov/chip Teléfono: 1-877-543-7669	
VERMONT – Medicaid		VIRGINIA – Medicaid y CHIP	
Sitio web: Programa de pago de primas del seguro médico (HIPP) Acceso a la salud del Departamento de Vermont Teléfono: 1-800-250-8427		Sitio web: https://www.coverva.org/en/famis-select https://www.coverva.org/en/hipp Teléfono de Medicaid: 1-800-432-5924	
WASHINGTON – Medicaid		VIRGINIA OCCIDENTAL – Medicaid y CHIP	
Sitio web: https://www.hca.wa.gov/ Teléfono: 1-800-562-3022		Sitio web: https://dhr.wv.gov/bms/ http://mywvhipp.com/ Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 Teléfono gratis de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)	
WISCONSIN – Medicaid y CHIP		WYOMING – Medicaid	
Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002		Sitio web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Teléfono: 1-800-251-1269	

Para ver si otros estados han agregado un programa de asistencia para las primas desde el 31 de julio de 2023, o para obtener más información sobre los derechos especiales de inscripción, comuníquese con:

Departamento de Trabajo de los EE. UU. (U.S. Department of Labor)
 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 de servicios de Medicare y Medicaid
www.cms.hhs.gov
 1-877-267-2323, opción 4 del menú, ext. 61565

Aviso de no discriminación y accesibilidad

El Plan médico estatal cumple las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad ni sexo.

El Plan médico estatal no excluye ni trata de forma diferente a ninguna persona por su raza, color, país de origen, edad, discapacidad ni sexo.

El Plan médico estatal:

- Ofrece servicios y ayuda gratis para que las personas con discapacidades se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como:
 - o Intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - o Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
 - o Tiene un sitio web que cumple Ley de Americanos con Discapacidades (ADA) para las personas con discapacidades visuales.
- Ofrece servicios lingüísticos gratis para personas que no hablan inglés como primera lengua, por ejemplo:
 - o Intérpretes calificados
 - o Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el coordinador de derechos civiles, cuyos datos aparecen abajo (el "Coordinador"): Oficial de cumplimiento del Plan médico estatal al 919-814-4400.

Si cree que el Plan médico estatal no le ha dado estos servicios o lo ha discriminado, puede presentar una queja formal al Coordinador. Puede presentar una queja formal en persona o por correo (Section 1557 Coordinator, 3200 Atlantic Avenue, Raleigh, NC 27604) o correo electrónico (1557Coordinator@nctreasurer.com).

También puede presentar una queja sobre derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos, en:

U.S. Department of Health and Human Services
 200 Independence Avenue SW Room 509F, HHH Building Washington, DC 20201
 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)
 Presente una queja de manera electrónica en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
 Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>



Plan médico estatal
3200 Atlantic Avenue
Raleigh, NC 27604

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **919-814-4400**.

注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **919-814-4400**。

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **919-814-4400**.

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **919-814-4400**.

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **919-814-4400**.

تدعوا سہما تادمخ نإف، تځلللا ركندا شدرحتت تنك اذا: تظوجللم
تځرب لصتا، ناعلماب لكل رفاوتت تځوللللا
919-814-4400.

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau **919-814-4400**.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **919-814-4400**.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **919-814-4400**.

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. કૃપા કરી **919-814-4400**.

ប្រយ័ត្ន: ប៊ីសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សំដៅជំនួយជូនកែភាសា ជាយមិនគិតលុយន្តែល គឺអាចមានសំរាប់ប៊ីអុនក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ **919-814-4400**.

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: **919-814-4400**.

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपको लपि म फ्त में भाषा सहायता से वाप उपलब्ध है। **919-814-4400**.

ໄປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໄດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທລ **919-814-4400**.

注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。 **919-814-4400**.

Contáctenos

Centro de asistencia con la elegibilidad y la inscripción
(preguntas sobre eBenefits):
855-859-0966

Horario extendido durante el período de inscripción abierta:

Lunes a viernes: de 8 a. m. a 10 p. m.
Sábados: de 8 a. m. a 5 p. m.

Blue Cross and Blue Shield of NC
(beneficios y reclamos):
888-234-2416

CVS Caremark
(preguntas sobre beneficios de farmacia):
888-321-3124