

2025



employer solutions staffing group_{llc}

GUÍA DE INSCRIPCIÓN A LOS BENEFICIOS



**The American
Worker®**

Provided by Fringe Benefit Group

MENSAJE A NUESTROS EMPLEADOS

Employer Solutions Staffing Group valora las contribuciones de nuestros empleados y nos complace ofrecer una variedad de opciones de cobertura asequibles a través de The American Worker. Para nosotros es importante que usted y sus seres queridos reciban la cobertura que necesitan. Revise atentamente esta guía de inscripción para asegurarse de comprender los beneficios que se brindan y poder tomar las decisiones correctas para usted y su familia.



DEJE DE PAGAR EL PRECIO COMPLETO POR LOS SERVICIOS

NO SEA RECHAZADO PARA ALGUNOS SERVICIOS



EVITE GRANDES COSTES INICIALES

¡MANTENTE SALUDABLE!



SU OPORTUNIDAD DE INSCRIPCIÓN

¿SOY ELEGIBLE PARA RECIBIR BENEFICIOS?

Como empleado de Employer Solutions Staffing Group, usted tiene derecho a inscribirse en los beneficios. Debe estar trabajando activamente para conservar la cobertura. La cobertura para dependientes está disponible para su cónyuge legal y sus hijos legales hasta los 26 años.

¿CUÁNDO PUEDO HACER UN CAMBIO DE PLAN O CANCELAR MI COBERTURA?

La cobertura solo se puede cambiar o cancelar durante la inscripción abierta o dentro de los 30 días posteriores a un evento de vida calificado.

¿CÓMO ME INSCRIBO EN LA COBERTURA?

Puede inscribirse en la cobertura en línea, por teléfono o en su dispositivo móvil. Si no se inscribe en la cobertura ahora, no podrá hacerlo hasta el próximo período de inscripción abierta, a menos que experimente un evento de vida calificado.

MIEMBROS ACTUALES DE HEALTH EZ Y ESSENTIAL STAFFCARE (ESC):

Todos los miembros actuales de Health EZ y Essential StaffCare (ESC) deben reinscribirse en el programa American Worker. Si no se inscribe durante este período de inscripción abierta, perderá su cobertura. Visite www.TheAmericanWorker.com o llame al (866) 866-3424 para inscribirse.

INSCRIPCIÓN ABIERTA: 05/05/2025 - 16/05/2025

FECHA DE ENTRADA EN VIGOR: 01/06/2025, 02/06/2025 O 09/06/2025,
SEGÚN SU FRECUENCIA DE PAGO Y LA FECHA DEL PRIMER CHEQUE
CON DESCUENTO.



Inscríbase en línea: Visite www.TheAmericanWorker.com

1. Seleccione Iniciar sesión y registrarse
 2. Haga clic en Registrarse e inscribirse
- Disponible a cualquier hora, de día o de noche



Por teléfono: Llame al (866) 866-3424

Lunes a Viernes 8:00 AM - 8:00 PM ET
Presione 1 para inscribirse.
Pulse 2 para cualquier otra consulta

PLAN MEC MEJORADO

- Cobertura del 100 % al utilizar proveedores dentro de la red para servicios preventivos de la ACA
- Descuentos en medicamentos recetados
- Herramienta de comparación de precios médicos para calcular los gastos de bolsillo antes de elegir un proveedor o centro
- Copagos para visitas al médico, pruebas de diagnóstico y análisis de laboratorio
- Cobertura para medicamentos recetados
- Telemedicina con consultas gratuitas



¡NO SE QUEDE SIN COBERTURA MÉDICA!

Cuidar su salud no debería ser un juego al azar. Los chequeos regulares y la atención preventiva pueden detectar pequeños problemas de manera temprana, lo que lo mantendrá saludable y evitará problemas mayores en el futuro.

Nuestros planes asequibles hacen que el acceso a servicios básicos de atención médica sea fácil y conveniente. ¡Tome el control de su salud y bienestar e inscríbase hoy!

PLANES ESPECIALES PARA

COBERTURA DENTAL

Paga hasta \$1,000 al año con un deducible de \$20 por visita.

COBERTURA DE VISIÓN

Cobertura para exámenes de la vista y lentes correctivos.

DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO

Paga \$150 por semana por hasta 26 semanas.

SEGURO DE VIDA/AD&D

\$10,000 de cobertura de vida y AD&D para empleados.



BENEFICIOS DE VISIÓN Y DENTAL

Tener dientes y ojos sanos es fundamental para una vida saludable. Una mala salud bucal y visual puede afectar su bienestar general, lo que puede provocar molestias, faltas al trabajo e incluso problemas de salud más graves en el futuro.

Nuestros planes brindan cobertura para exámenes y evaluaciones esenciales para ayudarlo a detectar posibles problemas de manera temprana, asegurando una sonrisa saludable y una visión nítida en los años venideros.



DISCAPACIDAD, SEGURO DE VIDA/AD&D Y MÁS

Prepárese para los desafíos de la vida. Los accidentes, las enfermedades y las pérdidas pueden afectar a cualquiera. La carga financiera sumada al estrés emocional puede ser abrumadora.

Nuestros planes brindan apoyo financiero durante momentos difíciles, lo ayudan a concentrarse en la recuperación y brindan una red de seguridad para sus seres queridos. No permita que un evento inesperado descarrile su vida.

PLANES MEC MEJORADO

El Plan MEC Mejorado brinda la misma cobertura de atención preventiva que el Plan MEC. También incluye copagos por servicios ambulatorios como visitas médicas, análisis de laboratorio, radiografías y más en los proveedores de la Red del Plan de Beneficios Limitados PHCS. El plan también ofrece copagos por medicamentos recetados y acceso a consultas de telemedicina.

Este Plan Élite Mejorado de MEC también incluye un beneficio diario para servicios de hospitalización, como visitas a urgencias, anestesia, cirugía y cuidados intensivos. Este beneficio diario no requiere el uso de un proveedor de la red; sin embargo, tiene acceso a la Red del Plan de Beneficios Limitados de www.multipian.com/awp. Cuando utilice un proveedor de la red, se aplicará un descuento a su factura además de su beneficio diario, disminuyendo la cantidad de gastos de bolsillo. Estos beneficios no se aplican al deducible ni a gastos de bolsillo.

¿POR QUÉ DEBERÍA INSCRIBIRSE EN UN PLAN MEC MEJORADO?

- Servicios preventivos cubiertos al 100% para proveedores e instalaciones dentro de la red.
- Acceso a descuentos de la red a través del Plan de Beneficios Limitados PHCS.
- Copagos y descuentos en medicamentos recetados.
- Sin gastos de bolsillo adicionales por servicios con copago.
- Beneficio diario para servicios médicos no preventivos para pacientes hospitalizados, dentro o fuera de la red, únicamente en el plan MEC Enhanced Elite.
- Se incluyen beneficios adicionales como telemedicina, seguro por muerte y desmembramiento accidental, seguro médico por accidente y seguro de vida básico.
- En la mayoría de los casos, evite pagar de su bolsillo por servicios antes de su cita presentando su tarjeta de identificación de trabajador estadounidense como comprobante de cobertura.

AHORRE DINERO - ENTRE EN LA RED

Cuando acude a un proveedor de la red, servicios como las visitas médicas y las pruebas diagnósticas están cubiertos con un solo copago. Este es un ejemplo de cómo acudir a un proveedor de la red puede ahorrarle dinero en una visita médica si está enfermo o tiene una lesión. **Consulte la tabla de beneficios para conocer el importe real del beneficio.**

EJEMPLO

Va al médico porque se siente enfermo o se ha lastimado.

Este tipo de servicio suele incluir un cargo por la visita al consultorio.

EN LA RED

\$125
Coste de la visita
al consultorio

=

Su Copago es de \$30

FUERA DE LA RED

El beneficio fuera de la red varía según el plan. Revise el diseño del plan en esta guía para ver cuál es el beneficio fuera de la red.

PLANES MEC MEJORADO

PLAN PREFERIDO MEJORADO DE MEC

PLAN ÉLITE MEJORADO DE MEC

*BENEFICIOS AUTOFINANCIADOS: SE REQUIERE EL USO DE PROVEEDORES DE LA RED PHCS.

Cobertura mínima esencial (CME)	El plan paga el 100% de todos los servicios preventivos exigidos por la ACA. Usted DEBE visitar a un proveedor de la Red PHCS para que los servicios sean cubiertos.	
Visita al consultorio	\$20 de copago; visitas ilimitadas	\$20 de copago; visitas ilimitadas
Especialistas	\$50 de copago; visitas ilimitadas	\$50 de copago; visitas ilimitadas
Atención de urgencias	\$50 de copago; visitas ilimitadas	\$50 de copago; visitas ilimitadas
Pruebas de diagnóstico y análisis de laboratorio	\$60 de copago; días de prueba ilimitados	\$60 de copago; días de prueba ilimitados
Atención quiropráctica	\$75 de copago; visitas ilimitadas	\$75 de copago; visitas ilimitadas
Imágenes avanzadas	\$200 de copago; visitas ilimitadas	\$200 de copago; visitas ilimitadas
Medicamentos recetados	CerpassRx	CerpassRx
-Genérico	\$10 de copago	\$10 de copago
-De Marca	Descuentos	Descuentos
-Máximo anual	Ilimitados	Ilimitados

BENEFICIOS ADICIONALES - TODOS LOS SERVICIOS INDICADOS A CONTINUACIÓN SE PAGAN POR AÑO CALENDARIO Y POR PERSONA, SALVO QUE SE INDIQUE LO CONTRARIO.

Sala de emergencias (enfermedad)	N/A	\$250 al día; 2 días al año
Indemnización quirúrgica	N/A	\$1,500 al día; 1 día al año
-Quirúrgico de hospitalización diaria		\$750 dólares por día
-Cirugía ambulatoria diaria		\$150 dólares por día
-Ambulatorio Menor Diario		1 día al año
-Beneficio máximo ambulatorio		
Anestesia	N/A	30% del beneficio quirúrgico
Ingreso hospitalario	N/A	\$500 suma global por Internamiento
Indemnización hospitalaria diaria	N/A	\$500 al día;
Unidad de cuidados intensivos		máximo de 500 días de por vida
Abuso de sustancias		\$1,000 al día; 30 días al año
Enfermedad mental		\$250 al día; 30 días al año
Enfermería especializada (hospitalización)		\$250 al día; 30 días al año
*Red PHCS	Médico y hospital	Médico y hospital
*Atención primaria virtual Teladoc	Acceso gratuito a médicos por teléfono o Internet	Acceso gratuito a médicos por teléfono o Internet
*Herramienta de comparación de precios médicos	Calcular los gastos médicos antes de hacer la cita	Calcular los gastos médicos antes de hacer la cita
*Gastos médicos por accidente	Beneficio máximo de \$5,000 por lesión	Beneficio máximo de \$5,000 por lesión
*Muerte accidental y desmembramiento	\$15,000 Empleado \$7,500 Cónyuge / \$3,000 Hijos	\$15,000 Empleado \$7,500 Cónyuge / \$3,000 Hijos

TARIFAS SEMANALES

PLAN PREFERIDO MEJORADO DE MEC

PLAN ÉLITE MEJORADO DE MEC

Sólo empleado	\$26.44	\$37.14
Empleado + cónyuge	\$41.64	\$68.41
Empleado + hijo(s)	\$37.40	\$56.66
Familia	\$64.67	\$94.36



*Beneficios no suscritos por Nationwide Life Insurance Company.

La póliza MEC Enhanced Elite no está disponible para residentes de Nuevo México ni de Vermont. Los beneficios varían para los residentes de Kansas y Ohio.

Algunos beneficios pueden compartir máximos. Consulte el certificado del plan para obtener más detalles.

COBERTURA MÍNIMA ESENCIAL (CME)

La Cobertura Mínima Esencial (CME) le ayuda a evitar costosos problemas de salud futuros al centrarse en la prevención, para que se sienta lo mejor posible.

La Cobertura Mínima Esencial (CME) simplifica la atención preventiva. Obtendrá una cobertura del 100% dentro de la red para todos los servicios preventivos requeridos por la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, incluyendo chequeos de rutina, vacunas, pruebas de detección, medicamentos preventivos y vacunas contra la COVID-19. Solo hay tres pruebas de COVID-19 disponibles al año sin receta.

SERVICIOS CUBIERTOS

Exámenes médicos

- Presión arterial
- Colesterol
- Diabetes

Examen anual de bienestar de la mujer

Exámenes de bienestar del bebé y del niño

Vacunas contra la gripe y vacunas de rutina

Anticoncepción

- Métodos aprobados por la FDA, excluyendo los fármacos abortivos
- Procedimientos de esterilización femenina

Exámenes de detección del cáncer

- Colorrectal
- De mamas

Asesoramiento sobre temas que incluyen:

- Abuso de alcohol y drogas
- Depresión
- Dieta y obesidad
- Violencia doméstica
- Enfermedades de transmisión sexual
- Dejar de fumar

EJEMPLO

Acuda al médico para hacerse un examen físico anual. Este tipo de servicio suele incluir un cargo por la visita al consultorio y un análisis de laboratorio.

EN LA RED

\$160

Coste de la visita al consultorio

+

\$170

Coste de laboratorio aprobado por la ACA

=

\$330

Total del examen facturado

Su gasto \$0

FUERA DE LA RED

\$160

Coste de la visita al consultorio

+

\$170

Coste de laboratorio aprobado por la ACA

=

\$330

Total del examen facturado

Su gasto \$330

Tenga en cuenta que el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE. UU. actualiza periódicamente estas listas y establece los requisitos, como la edad, el sexo o las condiciones de salud, para que se cubran los servicios. Para obtener una lista actualizada que incluya todos los requisitos, visite www.healthcare.gov/preventive-care-benefits/.

IMPORTANTE: Es posible que su médico le brinde un servicio preventivo, como una prueba de detección de colesterol, como parte de una visita al consultorio. Tenga en cuenta que es posible que deba pagar algunos costos por la visita al consultorio si el servicio preventivo no es el propósito principal de la visita o si su médico le factura los servicios preventivos por separado de la visita al consultorio.

CARACTERÍSTICAS ADICIONALES DEL PLAN

RED DE BENEFICIOS LIMITADOS PHCS



Todos los planes ofrecen acceso a una red PPO que permite a los asegurados beneficiarse de las tarifas negociadas en la red.

ENCONTRAR UN PROVEEDOR DE LA RED

- **Red de beneficios limitados:** www.Multiplan.com/awp
- **Llame al:** (888) 371-7427

ATENCIÓN PRIMARIA VIRTUAL TELADOC



Con Primary360 de Teladoc, tendrá acceso a servicios de Atención Primaria, Medicina General y Salud Conductual. Atención de calidad y conveniente para ayudarlo a mantenerse saludable.

- Atención Primaria: Consulta de nuevo paciente: \$165; Consultas de seguimiento: \$99
- Medicina General: \$0 por consulta
- Bienestar Anual: \$165 por consulta
- Psiquiatría: Consulta de nuevo paciente: \$235; Consultas de seguimiento: \$105
- Terapeuta: \$95 por consulta

Nota: Pueden aplicarse responsabilidades adicionales para el miembro, según el diseño del beneficio médico subyacente.

HERRAMIENTA DE COMPARACIÓN DE PRECIOS MÉDICOS: LIBRO AZUL DE ATENCIÓN MÉDICA



¿Necesita atención médica para un servicio no preventivo? Aún puede obtener un descuento en esos servicios si acude a un proveedor de la red. Utilice esta herramienta de comparación de precios médicos para buscar procedimientos médicos en proveedores de la red de su zona para encontrar el mejor precio y obtener una estimación de los gastos de su bolsillo.

Es fácil encontrar ahorros con una simple búsqueda antes de hacer su cita. Acceda a la herramienta de comparación de precios médicos a través de su portal para afiliados en www.TheAmericanWorker.com o llame al (855) 495-1190.

La herramienta de comparación de precios médicos no garantiza que las estimaciones de costos sean el precio que le cobren o pague por los servicios.

ACCIDENTE MÉDICO Y MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO CRUM & FORSTER



Pueden ocurrir accidentes imprevistos que le dejen a usted, o a sus seres queridos, gastos imprevistos. Los beneficios por Accidente Médico, y Muerte Accidental y Desmembramiento le proporcionan un pago en efectivo a usted o a sus seres queridos para ayudarles a aliviar parte de la carga financiera después de que se produzca una crisis relacionada con un accidente. Este beneficio está suscrita por Crum & Forster y administrada por la NAHGA.

- **Gastos médicos por accidente:** Beneficio máximo de \$5,000 por lesión
- **Muerte accidental y desmembramiento:** \$15,000 Empleado / \$7,500 Cónyuge / \$3,000 Hijo

DENTAL

Mantenga una sonrisa brillante y sana y contribuya a su bienestar general con una cobertura dental asequible. La atención dental periódica es importante, por lo que es crucial contar con un plan dental que cubra las visitas rutinarias y ofrezca descuentos dentro de la red. **No recibirá una tarjeta de identificación para este beneficio, se utilizará su número de Seguridad Social como identificación.**

Este plan está suscrito por Ameritas.

BENEFICIOS DEL PLAN DENTAL		
PLAN MÁXIMO		
Máximo por año calendario	Hasta \$1,000 por afiliado cubierto	
Deductible	\$20 por vista	
BENEFICIOS CUBIERTOS	PERIODO DE ESPERA	COSEGURO
Prevención y diagnóstico Exámenes rutinarios, limpiezas, radiografías, etc.	Ninguno	Cubierto al 100% (MAC/MAB)*
Tratamiento básico Amalgamas y composites restauradores Endodoncia, periodoncia, extracciones, etc.	3 meses	Cubierto al 60% (MAC/MAB)*
Tratamiento mayor Incrustaciones dentales, coronas, prótesis, etc.	12 meses	Cubierto al 50% (MAC/MAB)*
TARIFAS SEMANALES		
Sólo empleado	\$6.36	
Empleado + cónyuge	\$15.87	
Empleado + hijo(s)	\$10.96	
Familia	\$16.64	

*La beneficio por reclamo de gastos máximos permitidos (MAC) es el importe máximo que puede cobrar un proveedor de la red. Si elige un proveedor de la red, es posible que los gastos de su bolsillo sean menores. Para mantener las tarifas más bajas, si visita a un dentista fuera de la red, la beneficio por reclamo se considera el beneficio máximo permitido (MAC), que es igual a la tarifa contratada más baja de su código postal. Cualquier diferencia entre el beneficio del plan y la tarifa del dentista será un gasto de su bolsillo.

LOCALIZAR PROVEEDORES DE LA RED

Llame al **(800) 659-2223**

- Seleccione la opción 3

Visite **www.Ameritas.com**

- Su red es la Red "CLASSIC PPO"



VISIÓN

Un examen de la vista regular no sólo lo ayudará a ver mejor, sino que también puede detectar los primeros signos de enfermedades graves. Visite a un proveedor de VSP Choice para aprovechar al máximo su plan de visión. **No recibirá una tarjeta de identificación para este beneficio, se utilizará su número de Seguro Social como identificación.**

Este plan está suscrito por Ameritas.

BENEFICIOS DEL PLAN DE VISIÓN		
PLAN MÁXIMO		
Deducible	Examen de \$10, lentes o marcos de \$25 ¹	
BENEFICIOS CUBIERTOS	RED VSP CHOICE	FUERA DE LA RED
Examen de la visión anual	Cubierto en su totalidad	Up to \$45
Lentes (por par) Monofocales / Bifocales Trifocales / Lenticulares	Cubierto en su totalidad Cubierto en su totalidad	Hasta \$30 / Hasta \$50 Hasta \$65 / Hasta \$100
Contactos Exámenes de ajuste y seguimiento Optativo Médicamente necesario	\$60 de Copago Hasta \$105 Cubierto en su totalidad	Sin Beneficio Hasta \$105 Hasta \$210
Marcos	Hasta \$105 ²	Hasta \$70
Frecuencia Examen / Lentes / Marcos	Basado en la fecha de servicio 12 Meses / 12 Meses / 24 Meses	
TARIFAS SEMANALES		
Sólo empleado		\$2.12
Empleado + cónyuge		\$4.19
Empleado + hijo(s)		\$3.91
Familia		\$5.98

¹El deducible se aplica a un par completo de lentes o marcos, según se elija.

²El beneficio de Costco será el equivalente al mayorista.

LOCALIZAR PROVEEDORES DE LA RED

Llame al **(800) 877-7195**

Visite **www.Ameritas.com**

- Su red es la Red "VISION: VSP"



SEGURO DE INCAPACIDAD A CORTO PLAZO Y SEGURO DE VIDA/AD&D

DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO

La vida diaria depende de unos ingresos constantes, pero los accidentes y las enfermedades graves pueden dejarle sin trabajo. Este plan puede ayudarle a cubrir sus gastos pagándole en efectivo si se enferma o se lesiona y no puede trabajar.

DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO	
Beneficio máximo semanal	El plan paga una suma global de \$150
Período máximo de beneficio	26 semanas
Período de espera	7 días (accidentes y enfermedades)
NIVEL DE BENEFICIO	TARIFAS SEMANALES
Sólo para empleados	\$3.50

La cobertura incluye la invalidez por embarazo y parto.

Esta cobertura no está disponible para residentes de CA, HI, NJ, NM, NY, RI ni VT.

Los residentes de CA, HI, NJ, NY y VT cuentan con seguro por discapacidad patrocinado por el estado.



OPTIONAL LIFE & DEPENDENT LIFE

Este plan puede ayudar a proteger el futuro financiero de quienes más dependen de usted. El beneficio de seguro de vida opcional pagará un importe de beneficio predeterminado en caso de fallecimiento de la persona cubierta.

Puede seleccionar Seguro de Vida para dependientes para brindar un seguro de vida a sus dependientes elegibles. Tenga en cuenta que el beneficio de Seguro de vida para dependientes solo se puede seleccionar junto con el beneficio de Seguro de vida para empleados. El Seguro de vida para dependientes no puede superar el monto del Seguro de vida opcional que elija.

Asigne sus beneficiarios en su formulario de afiliación o a través de su portal de afiliado de American Worker.

SEGURO DE VIDA/AD&D		TARIFAS SEMANALES	
Empleado	Paga \$10,000	Sólo empleado	\$0.60
DEPENDENT LIFE INSURANCE		Empleado + cónyuge	\$0.90
Cónyuge	Paga \$5,000	Empleado + hijo(s)	\$0.90
Hijo (de 6 meses a 26 años)	Paga \$2,500	Familia	\$1.80
Lactantes (de 10 días a 6 meses)	Paga \$400		

El seguro de vida/AD&D no está disponible para residentes de NM y VT.



¿CÓMO PAGO LA COBERTURA?

La prima se deducirá de su nómina.

¿QUÉ OCURRE SI NO TENGO DEDUCCIÓN SALARIAL?

Se suspenderán sus beneficios. Sus beneficios se reanudarán cuando tenga una nómina con retención.

¿QUÉ OCURRE SI TENGO UN SINIESTRO CUANDO MIS BENEFICIOS ESTÁN SUSPENDIDOS?

Su solicitud será denegada y deberá pagar el 100% del costo de la atención recibida. Si se encuentra dentro de los 30 días posteriores a la deducción no realizada, puede pagar directamente a The American Worker por ese período no realizado. Su solicitud se procesará automáticamente.

¿CÓMO MANTENGO MI COBERTURA SI OMITÍ UNA DEDUCCIÓN?

Puede efectuar un pago directamente a The American Worker para evitar que le suspendan la cobertura.

¿CÓMO HAGO UN PAGO SI OMITÍ UNA DEDUCCIÓN?

Puede pagar en línea, por teléfono o por correo. Las opciones de pago incluyen tarjeta de crédito o débito, cheque personal y giro postal. También puede establecer un pago automático desde su tarjeta de crédito o cuenta bancaria para abonar las deducciones no efectuadas.

En línea: Visite www.TheAmericanWorker.com e inicie sesión en su portal del empleado

Teléfono: Llame a The American Worker al **(866) 866-3424**

Correo: 11910 Anderson Mill Rd #401, Austin, TX 78726

NOTA: Si ha configurado pagos automáticos, debe ponerse en contacto con The American Worker para cancelar el pago automático cuando finalice su empleo. Si no lo hace, la cobertura se cargará en su cuenta y no recibirá ningún reembolso.

¿DE CUÁNTO TIEMPO DISPONGO PARA EFECTUAR EL PAGO DE UNA DEDUCCIÓN OMITIDA?

Dispone de 30 días a partir de la fecha de su cheque de pago sin deducción para efectuar el pago de la prima. Si no abona la deducción omitida en el plazo de 30 días, no podrá pagar ese período de cobertura en una fecha posterior.

¿SE CANCELARÁ MI COBERTURA SI NO PAGO LA PRIMA?

A los empleados que cobran semanalmente y no tienen deducciones durante 4 semanas consecutivas se les cancelará la cobertura por falta de pago.

A los empleados que cobran quincenal o quincenalmente y no tienen deducciones durante 2 periodos de pago consecutivos se les cancelará la cobertura por falta de pago.

A los empleados que cobran mensualmente y no tienen una menstruación, se les cancelará la cobertura por falta de pago.

Revise su nómina para asegurarse de que se le haya deducido la prima. De no ser así, comuníquese con The American Worker inmediatamente para realizar el pago y evitar la cancelación de su cobertura.

FAQ'S & CONTACTS

¿RECIBIRÉ UNA TARJETA DE IDENTIDAD?

Cuando se inscriba en el seguro médico por primera vez, le enviaremos una tarjeta de identificación y la información sobre la póliza a la dirección de su domicilio que tenemos registrada. Si modifica su cobertura médica, le enviaremos una nueva tarjeta de identificación a su domicilio. Puede solicitar una nueva tarjeta de identificación poniéndose en contacto con el Servicio de Atención al Afiliado o acceder a una tarjeta de identificación temporal entrando en www.TheAmericanWorker.com.

Para cualquier cobertura no médica que elija, la información sobre la póliza se le enviará por correo a su domicilio. No recibirá una tarjeta de identificación para la cobertura no médica.

¿CÓMO UTILIZO MI COBERTURA?

Cuando busque atención médica, pregunte siempre a su proveedor si participa en la red asociada a su plan. Presente su tarjeta de identificación médica a su proveedor y pídale que llame al número de atención al cliente para verificar la cobertura. Asegúrese de localizar un proveedor de la red antes de solicitar atención médica.

Cuando concierte una cita con el dentista o el oftalmólogo, informe a su proveedor de que sus beneficios son con Ameritas y de que pueden verificar la cobertura utilizando su número de Seguridad Social.

CONTACTOS

BENEFICIO	CONTACTO	PÁGINA WEB	NÚMERO DE TELÉFONO
Médico	The American Worker	www.TheAmericanWorker.com	(855)495-1190
Accidente Médico y AD&D (Incluido en los Planes Mejorados de MEC)	Crum & Forster administered by NAHGA	www.NCSR@nahgaclaims.com	(800)952-4320
Telemedicina	Teladoc	www.Teladoc.com	(800)835-2362
Vida opcional y Vida dependiente	Nationwide administered by The American Worker	www.TheAmericanWorker.com	(888)798-9480
Red PPO de Planes MEC Mejorado	PHCS Limited Benefit Plan Network	www.multipplan.com/awp	(888)371-7427
Dental	Ameritas	www.Ameritas.com	(800)659-2223
Visión	Ameritas	www.Ameritas.com	(800)877-7195

INTRODUCCIÓN

El derecho a la cobertura de continuación de COBRA fue creado por una ley federal, la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA). La cobertura de continuación COBRA puede estar disponible para usted cuando, de otro modo, perdería su cobertura médica grupal. También puede estar disponible para otros miembros de su familia que estén cubiertos por el Plan cuando, de otro modo, perderían su cobertura de salud grupal. Para obtener información adicional sobre sus derechos y obligaciones según el Plan y según la ley federal, debe revisar la Descripción resumida del plan, que se le enviará por correo después de su inscripción en el plan.

¿QUÉ ES LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN COBRA?

La cobertura de continuación COBRA es una cobertura de continuación del Plan cuando la cobertura terminaría debido a un evento de vida conocido como "evento calificado". Los eventos calificados específicos se enumeran a continuación. Después de un evento calificado, se debe ofrecer la cobertura de continuación COBRA a cada persona que sea un "beneficiario calificado". Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios calificados si se pierde la cobertura del Plan debido al evento calificado. Según el Plan, los beneficiarios calificados que elijan la cobertura de continuación COBRA deben pagar la cobertura de continuación COBRA.

Si es un empleado, se convertirá en un beneficiario calificado si pierde su cobertura bajo el Plan debido a uno de los siguientes eventos calificados:

- Sus horas de trabajo se reducen
- Su empleo termina por cualquier motivo que no sea su mala conducta grave.

Si es cónyuge o pareja de hecho de un empleado, se convertirá en un beneficiario calificado si pierde su cobertura bajo el Plan debido a cualquiera de los siguientes eventos calificados:

- Su cónyuge o pareja de hecho muere
- Se reducen las horas de empleo de su cónyuge o pareja de hecho
- El empleo de su cónyuge o pareja de hecho termina por cualquier motivo que no sea su mala conducta grave.
- Su cónyuge o pareja de hecho adquiere derecho a los beneficios de Medicare (según la Parte A, la Parte B o ambas)
- Se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge o pareja de hecho

Sus hijos dependientes se convertirán en beneficiarios calificados si pierden la cobertura del plan debido a cualquiera de los siguientes eventos calificados:

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

¿CUÁNDO ESTÁ DISPONIBLE LA COBERTURA POR COBRA?

El Plan ofrecerá la cobertura de continuación COBRA a beneficiarios calificados solo después de que se haya notificado al Administrador del Plan que ha ocurrido un evento calificado.

El empleador debe notificar al Registrador del Plan si ocurre cualquiera de los siguientes eventos calificados: el fin del empleo, una reducción de las horas de empleo, la muerte del empleado, el inicio de un procedimiento de quiebra con respecto al empleador o que el empleado tenga derecho a los beneficios de Medicare (bajo la Parte A, la Parte B o ambas).

DIVULGACIONES

Consulte la póliza de seguro oficial y los documentos del plan para obtener información más amplia sobre sus planes de beneficios. En caso de conflicto entre esta guía y los documentos oficiales del plan, prevalecerán los documentos del plan, la póliza y el certificado de cobertura.

Nationwide: Los residentes de Nuevo México y Vermont no tienen derecho a ninguno de los programas de beneficios que ofrece The American Worker. Los beneficios varían para los residentes en Kansas y Ohio.

Nationwide y Nationwide N y Eagle son marcas de servicio de Nationwide Mutual Insurance Company.

La cobertura está suscrita por Nationwide Life Insurance Company, Columbus, Ohio (CA COA #7032). El Plan de Beneficios Limitado es aplicable al formulario de póliza SRCP 2000 o equivalente estatal. El plan PRAM RX es aplicable a los formularios de póliza GPDP AO L20 y no está disponible en todos los estados. Este producto sólo proporciona cobertura de récipes médicos, no cubre el seguro hospitalario básico, el seguro médico básico ni el seguro médico principal según la definición del Departamento de Servicios Financieros del Estado de Nueva York. NSM-0301AO (06/23). Las coberturas son distribuidas por Fringe Benefit Group. Nationwide y Fringe Benefit Group son empresas independientes y no afiliadas.

Cobertura mínima esencial (MEC) y planes MEC mejorados: Estos planes proporcionan a los afiliados una cobertura mínima esencial según las normas federales del impuesto sobre la renta. Las personas que no se inscriban en estos planes pueden optar a un crédito fiscal federal que reduce su prima mensual o a una reducción de determinados gastos compartidos si se inscriben en un plan de seguro médico a través del intercambio federal o estatal. Las personas que se inscriban en estos planes pueden no tener derecho a un crédito fiscal federal a través de un intercambio federal o estatal mientras esté inscrito en estos planes. Estos planes no proporcionan un seguro médico completo. Se aplican limitaciones y exclusiones.

Beneficios Limitados: este programa no está destinado ni recomendado para sustituir a ningún programa de seguro integral en el que participe actualmente o tenga intención de participar. Este plan no está diseñado para sustituir ni proporcionar cobertura de gastos médicos mayores o catastróficos. Este folleto sólo tiene carácter informativo. Los beneficios de seguro del plan de beneficios limitados son ofrecidos por Nationwide Life Insurance Company. Se proporcionará información adicional al inscribirse en el programa. Se aplican las exclusiones y limitaciones del plan. Los residentes de Massachusetts pueden acogerse al plan de Beneficios Limitados, pero este plan NO cumple las normas de Cobertura Mínima Acreditable. **El plan de beneficios limitados (a) no sustituye a la cobertura de salud mínima esencial según la Ley de Asistencia Sanitaria Asequible (Affordable Care Act, ACA); y (b) no reúne los requisitos para ser considerado cobertura esencial mínima según la ACA.**

Descargo de responsabilidad de la Sección 125: Al inscribirse, usted elige participar en el plan American Worker para obtener los beneficios disponibles según las secciones 79, 105, 106 y 125 del Código de Rentas Internas y estas secciones con sus modificaciones. Usted comprende que el plan pasará automáticamente al estado antes de impuestos y a las deducciones de nómina elegibles que se proporcionan a través del Plan. Usted comprende que al participar en este Plan, sus beneficios del Seguro Social pueden reducirse, ya que estas primas se deducirán antes de que se grave su salario. Esta elección permanecerá vigente durante todo el Año del Plan. Su elección NO PUEDE cambiarse durante el Año del Plan de acuerdo con las Pautas del Servicio de Rentas Internas a menos que ocurra un evento calificado. Los eventos calificados incluyen: matrimonio, divorcio, separación legal, muerte del cónyuge, nacimiento o adopción legal de un hijo, muerte de un hijo o cambio de empleo del cónyuge que afecte la cobertura del seguro. Al inscribirse, ha aceptado los términos detallados sobre las condiciones detalladas al respecto.

Gastos médicos por accidente: Este es un breve resumen de la cobertura de Accidentes disponible en este plan. La póliza emitida contiene las limitaciones, exclusiones, definiciones y disposiciones del plan correspondientes. Las características y la disponibilidad del plan pueden variar según el estado. Los detalles completos de la cobertura figuran en la póliza que obra en poder del afiliado. Si surgiera algún conflicto entre el contenido de este resumen y la Póliza correspondiente, prevalecerán en todo caso los términos de la Póliza.

Teladoc: © Teladoc Health, Inc. Todos los derechos reservados. Teladoc y el logotipo de Teladoc son marcas registradas de Teladoc Health, Inc. y no pueden utilizarse sin autorización escrita. Teladoc no sustituye al médico de atención primaria. Teladoc no garantiza que se emita una receta. Teladoc opera sujeto a la regulación estatal y puede no estar disponible en determinados estados. Teladoc no prescribe sustancias controladas por la DEA, medicamentos no terapéuticos y algunos otros medicamentos que pueden ser perjudiciales por su potencial de abuso. Los médicos de HealthiestYou se reservan el derecho a denegar la atención por un posible uso indebido de los servicios.

DIVULGACIONES

Descargo de responsabilidad de Ameritas

Los planes no están disponibles en Massachusetts, Nuevo México o para grupos con menos de 50 empleados admisibles en Washington. Los diseños de los planes pueden variar en algunos estados y están sujetos a la normativa estatal individual. Esta pieza no es para uso en Nuevo México. Todos los planes están suscritos por Ameritas Life Insurance Corp. (Ameritas Life) o Ameritas Life Insurance of New York (Ameritas Life of New York). Las fechas individuales de los productos dentales y oftalmológicos (9000 Rev. 03-16 ó 9000 NY Rev.03-15) pueden variar según el estado. Ameritas y the bison design son marcas de servicio o marcas de servicio registradas de Ameritas Life, la filial Ameritas Holding Company o Ameritas Mutual Holding Company.

Limitaciones y exclusiones: Dental

- cualquier tratamiento con fines estéticos, salvo los que figuran específicamente en el Cuadro de procedimientos odontológicos.
- Reemplazar cualquier aparato protésico, corona, incrustación o restauración parcial fija dentro de los ocho años a partir de la fecha de la última colocación de estos elementos. Sin embargo, si se requiere un reemplazo debido a una lesión corporal accidental sufrida mientras el miembro del plan está cubierto por el beneficio de gastos dentales, será un Gasto cubierto.
- colocación inicial de cualquier prótesis dental o corona protésica, a menos que dicha colocación sea necesaria debido a la extracción de uno o más dientes mientras el miembro del plan esté cubierto por el beneficio de gastos dentales. La extracción de un tercer molar (muela del juicio) no calificará según lo anterior. Cualquier prótesis dental o corona protésica de este tipo debe incluir el reemplazo del diente o dientes extraídos. Esta limitación no se aplica a los grupos con 35 o más empleados cubiertos en la fecha de vigencia del contrato.
- cualquier procedimiento iniciado antes de que el afiliado al plan estuviera cubierto por el beneficio de gastos dentales.
- sustituir aparatos perdidos o robados, para aparatos, restauraciones o procedimientos para:
 - alterar la dimensión vertical; restaurar o mantener la oclusión;
 - ferulizar o reponer la estructura dental perdida por abrasión o desgaste
- cualquier intervención que no figure en el cuadro de intervenciones odontológicas.
- servicios que no son necesarios para la atención y el tratamiento necesarios o no están dentro de los parámetros de atención generalmente aceptados.

La lista completa de exclusiones y limitaciones figura en el apartado Limitaciones y en la Tabla de Procedimientos Dentales del Certificado de Cobertura. Visión

- exámenes visuales, lentes o marcos con una frecuencia superior a la indicada en la página de resumen del plan.
- exámenes realizados o marcos o lentes solicitados antes de que el afiliado estuviera cubierto por los beneficios de gastos oftalmológicos.
- Está sujeto a la extensión de beneficios, todo examen realizado o marco o lente pedido después de la cobertura del afiliado en virtud del seguro oftalmológico
- cese de los beneficios de gastos de atención.
- ayudas oftalmológicas subnormales; formación ortóptica u oftalmológica o cualquier prueba asociada.
- lentes no graduados.
- sustitución o reparación de lentes o marcos perdidos o rotos, salvo a intervalos normales.
- cualquier examen ocular o lentes correctores exigidos por un empresario como condición de empleo.
- tratamiento médico o quirúrgico de los ojos.
- lentes recubiertas; lentes sobredimensionados (más de 71 mm); lentes foto-grises; bordes pulidos; recubrimiento UV-400 y facetas, y tintes que no sean sólidos.

La lista completa de exclusiones y limitaciones figura en la sección de limitaciones y en la tabla de procedimientos oftalmológicos del Certificado de Cobertura.

La lista completa de exclusiones y limitaciones figura en el apartado Limitaciones y en la Tabla de Procedimientos Dentales del Certificado de Cobertura. Los planes no están disponibles en Massachusetts, Nuevo México ni para grupos con menos de 50 empleados admisibles en Washington. Los diseños de los planes pueden variar en algunos estados y están sujetos a las normativas estatales individuales. Para consultar la lista completa de limitaciones y exclusiones, consulte su certificado. Esta pieza no es para uso en Nuevo México. Todos los planes están suscritos por Ameritas Life Insurance Corp. (Ameritas Life) o Ameritas Life Insurance of New York (Ameritas Life of New York). Los productos dentales y de la vista (9000 Rev. 03-16 ó 9000 NY Rev.03-15) las fechas individuales pueden variar según el estado. Ameritas y the bison design son marcas de servicio o marcas de servicio registradas de Ameritas Life, la filial Ameritas Holding Company o Ameritas Mutual Holding Company.

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

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

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

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

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

Si usted vive en uno de los siguientes estados, tal vez sea elegible para asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente es una lista de estados actualizada al 17 de marzo de 2025. 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	El Programa de Pago de AK primas del seguro médico Sitio web: http://myakhipp.com Teléfono: 1-866-251-4861 Por correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad de 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)	Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Sitio web: http://dhcs.ca.gov/hipp Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Por correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov

COLORADO – Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)	FLORIDA – Medicaid
Sitio web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/es Centro de atención al cliente de Health First Colorado: 1-800-221-3943/ retransmisor del estado: 711 CHP+: https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus Atención al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/retransmisor del estado: 711 Programa de compra de seguro de salud (HIBI, por sus siglas en inglés): https://www.mychibi.com/ Atención al cliente de HIBI: 1-855-692-6442	Sitio web: https://www.flmedicaidprecovery.com/flmedicaidprecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268
GEORGIA – Medicaid	INDIANA – Medicaid
Sitio web de GA HIPP: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162, Presiona 1 Sitio web de GA CHIPRA: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Teléfono: 678-564-1162, Presiona 2	Programa de pago de primas de seguro de salud Todos los demás son Medicaid Sitio web: https://www.in.gov/medicaid/ https://www.in.gov/fssa/dfr Administración de familias y servicios sociales Teléfono: 1-800-403-0864 Teléfono de servicios para miembros: 1-800-457-4584
IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)	KANSAS – Medicaid
Sitio web de Medicaid: https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366 Sitio web de Hawki: https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/iowa-health-link/hawki Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563 Sitio web de HIPP: https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/fee-service/hipp Teléfono de HIPAA: 1-888-346-9562	Sitio web: https://www.kancare.ks.gov/ Teléfono: 1-800-792-4884 Teléfono de HIPP: 1-800-967-4660
KENTUCKY - Medicaid	LOUISIANA – Medicaid
Sitio web del Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP): https://www.chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Teléfono: 1-855-459-6328 Por correo electrónico: KIHIPPPROGRAM@ky.gov Sitio web de KCHIP: https://kidshealth.ky.gov/es/Pages/default.aspx Teléfono: 1-877-524-4718 Sitio web de Medicaid de Kentucky: https://chfs.ky.gov/agencies/dms	Sitio web: www.medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)

MAINE – Medicaid	MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP
Sitio web por inscripción: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Maine relay 711 Página web por primos de seguro de salud privado: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-977-6740 TTY: Maine relay 711	Sitio web: https://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840 TTY: 711 Por correo electrónico: masspremassistance@accenture.com
MINNESOTA – Medicaid	MISSOURI – Medicaid
Sitio web: https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/ Teléfono: 1-800-657-3672	Sitio web: https://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005
MONTANA – Medicaid	NEBRASKA – Medicaid
Sitio web: https://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084 Por correo electrónico: HSHIPPPProgram@mt.gov	Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178
NEVADA – Medicaid	NUEVO HAMPSHIRE – Medicaid
Sitio web de Medicaid: http://dhcfp.nv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900	Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Teléfono: 603-271-5218 Teléfono gratuito para el programa de HIPP: 1-800-852-3345, ext. 15218 Por correo electrónico: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov
NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP	NUEVA YORK – Medicaid
Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Teléfono: 1-800-356-1561 Teléfono de asistencia de prima de CHIP: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710 (TTY:711)	Sitio web: https://es.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831
CAROLINA DEL NORTE – Medicaid	DAKOTA DEL NORTE – Medicaid
Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov Teléfono: 919-855-4100	Sitio web: http://www.hhs.nd.gov/healthcare Teléfono: 1-844-854-4825

OKLAHOMA – Medicaid y CHIP	OREGON – Medicaid y CHIP
Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono – 1-888-365-3742	Sitio web: https://cuidadodesalud.oregon.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-800-699-9075
PENSILVANIA – Medicaid y CHIP	RHODE ISLAND– Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html Teléfono: 1-800-692-7462 Sitio web de CHIP: https://www.pa.gov/en/agencies/dhs/resources/chip.html Teléfono de CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)	Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 1-855-697-4347 o 401-462-0311 (Direct RIta Share Line)
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: https://www.hhs.texas.gov/es/servicios/asistencia-financiera/programa-de-pago-de-las-primas-del-seguro-medico Teléfono: 1-800-440-0493	Utah’s Premium Partnership for Health Insurance (UPP) Sitio web: https://medicaid.utah.gov/upp/ Por correo electrónico: upp@utah.gov Teléfono: 1-888-222-2542 Sitio web de expansión para adultos: https://medicaid.utah.gov/expansion/ Sitio web de Programa de compra de Medicaid de Utah: https://medicaid.utah.gov/buyout-program/ Sitio web de CHIP: https://chip.utah.gov/espanol/
VERMONT – Medicaid	VIRGINIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: https://dvha.vermont.gov/members/Medicaid/hipp-program Teléfono: 1-800-250-8427	Sitio web: https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs Teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924
WASHINGTON – Medicaid	WEST VIRGINIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: http://www.hca.wa.gov Teléfono: 1-800-562-3022	Sitio web: https://dhhr.wv.gov/bms/ http://mywvhipp.com/ Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 Teléfono gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)

WISCONSIN – Medicaid y CHIP	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 saber si otros estados han agregado el programa de asistencia con primas desde el 17 de marzo de 2025, o para obtener más información sobre derechos de inscripción especial, comuníquese con alguno de los siguientes:

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

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

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites

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

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

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

FAQs on HIPAA Portability and Nondiscrimination Requirements for Workers



U.S. Department of Labor
Employee Benefits Security Administration

What is the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)?

HIPAA offers protections for workers and their families. The law provides additional opportunities to enroll in a group health plan if you lose other coverage or experience certain life events. HIPAA also prohibits discrimination against employees and their dependents based on any health factors they may have, including prior medical conditions, previous claims experience, and genetic information.

Taking Advantage of Special Enrollment Opportunities

What is Special Enrollment?

Special enrollment allows individuals who previously declined health coverage to enroll for coverage. Special enrollment rights arise regardless of a plan's open enrollment period.

There are two types of special enrollment – upon loss of eligibility for other coverage and upon certain life events. Under the first, employees and dependents who decline coverage due to other health coverage and then lose eligibility or lose employer contributions have special enrollment rights. For instance, an employee turns down health benefits for herself and her family because the family already has coverage through her spouse's plan. Coverage under the spouse's plan ceases. That employee then can request enrollment in her own company's plan for herself and her dependents.

Under the second, employees, spouses, and new dependents are permitted to special enroll because of marriage, birth, adoption, or placement for adoption.

For both types, the employee must request enrollment within 30 days of the loss of coverage or life event triggering the special enrollment.

A special enrollment right also arises for employees and their dependents who lose coverage under a state Children's Health Insurance Program (CHIP) or Medicaid or who are eligible to receive premium assistance under those programs. The employee or dependent must request enrollment within 60 days of the loss of coverage or the determination of eligibility for premium assistance.

What are some examples of events that can trigger a loss of eligibility for coverage?

Loss of eligibility for coverage may occur when:

- Divorce or legal separation results in you losing coverage under your spouse's health insurance;
- A dependent is no longer considered a "covered" dependent under a parent's plan;
- Your spouse's death leaves you without coverage under his or her plan;
- Your spouse's employment ends, as does coverage under his employer's health plan;
- Your employer reduces your work hours to the point where you are no longer covered by the health plan;
- Your plan decides it will no longer offer coverage to a certain group of individuals (for example, those who work part time);
- You no longer live or work in the HMO's service area.

These should give you some idea of the types of situations that may entitle you to a special enrollment right.

How long do I have to request special enrollment?

It depends on what triggers your right to special enrollment. The employee or dependent must request enrollment within 30 days after losing eligibility for coverage or after a marriage, birth, adoption, or placement for adoption.

The employee or dependent must request enrollment within 60 days of the loss of coverage under a state CHIP or Medicaid program or the determination of eligibility for premium assistance under those programs.

After I request special enrollment, how long will I wait for coverage?

It depends on what triggers your right to special enrollment. Those taking advantage of special enrollment as a result of a birth, adoption, or placement for adoption begin coverage no later than the day of the event.

For special enrollment due to marriage or loss of eligibility for other coverage, your new coverage will begin on the first day of the first month after the plan receives the enrollment request. If the plan receives the request on January 3, for example, coverage would begin on February 1.

What coverage will I get when I take advantage of a special enrollment opportunity?

Special enrollees must be offered the same benefits that would be available if you are enrolling for the first time. Special enrollees cannot be required to pay more for the same coverage than other individuals who enrolled when first eligible for the plan.

Can my new group health plan deny me benefits because I have a preexisting condition?

While HIPAA previously provided limits on preexisting condition exclusions, new protections under the Affordable Care Act (ACA) prohibit group health plans from imposing any preexisting condition exclusion. Under this protection, a plan generally cannot limit or deny benefits relating to a health condition that was present before your enrollment date in the plan.

Where do I find out more about special enrollment in my plan?

A description of special enrollment rights should be included in the plan materials you received when initially offered the opportunity to enroll.

How will I know if I am eligible for assistance with group health plan premiums under CHIP or Medicaid?

You need to contact your state's CHIP or Medicaid program to see if your state will subsidize group health plan premiums and to determine if you are eligible for the subsidy under these programs. For information on the program in your state, call [1-877-KIDSNOW \(543-7669\)](tel:1-877-KIDSNOW) or visit InsureKidsNow.gov on the Web. If you are eligible for this premium assistance, you need to contact your plan administrator or employer to take advantage of the special enrollment opportunity and enroll in the group health plan.

HIPAA's Protections from Discrimination

What are HIPAA's protections from discrimination?

Under HIPAA, you and your family members cannot be denied eligibility or benefits based on certain "health factors" when enrolling in a health plan. In addition, you may not be charged more than similarly situated individuals based on any health factors. The questions and answers below define the health factors and offer some examples of what is and is not permitted under the law.

What are the health factors under HIPAA?

The health factors are:

- Health status;
- Medical conditions, including physical and mental illnesses;
- Claims experience;
- Receipt of health care;
- Medical history;
- Genetic information;
- Evidence of insurability (see below); and
- Disability.

Conditions arising from acts of domestic violence as well as participation in activities like motorcycling, snowmobiling, all-terrain vehicle riding, horseback riding, and skiing are

considered "evidence of insurability." Therefore, a plan cannot use them to deny you enrollment or charge you more for coverage. (However, benefit exclusions known as "source of injury exclusions" could affect your benefits. These exclusions are discussed in more detail below.)

Can a group health plan require me to pass a physical examination before I am eligible to enroll?

No. You do not have to pass a physical exam to be eligible for enrollment. This is true for individuals who enroll when first eligible, as well as for late and special enrollees.

Can my plan require me to fill out a health care questionnaire in order to enroll?

Yes, as long as the questionnaire does not ask for genetic information (including family medical history) and the health information is not used to deny, restrict, or delay eligibility or benefits, or to determine individual premiums.

My group health plan required me to complete a detailed health history questionnaire and then subtracted "health points" for prior or current health conditions. To enroll in the plan, an employee had to score 70 out of 100 total points. I scored only 50 and was denied a chance to enroll. Can the plan do this?

No. In this case the plan used health information to exclude you from enrolling in the plan. This practice is discriminatory, and it is prohibited.

My group health plan booklet states that if a dependent is confined to a hospital or other medical facility at the time he is eligible to enroll in the plan, that person's eligibility is postponed until he is discharged. Is this permitted?

No. A group health plan may not delay an individual's eligibility, benefits, or effective date of coverage based on confinement to a hospital or medical facility at the time he becomes eligible. Additionally, a health plan may not increase that person's premium because he was in a hospital or medical facility.

My group health plan has a 90-day waiting period before allowing employees to enroll. If an individual is in the office on the 91st day, health coverage begins then. However, if an individual is not "actively at work" on that day, the plan states that coverage is delayed until the first day that person is actually at work. I missed work on the 91st day due to illness. Can I be excluded from coverage?

No. A group health plan generally may not deny benefits because someone is not "actively at work" on the day he would otherwise become eligible.

However, a plan may require employees to begin work before health plan coverage is effective. A plan may also require an individual to work full time (say, 250 hours per quarter or 30 hours per week) in order to be eligible for coverage.

Can my group health plan exclude or limit benefits for certain conditions or treatments?

Group health plans can exclude coverage for a specific disease or limit or exclude benefits for certain treatments or drugs, but only if the restriction applies uniformly to all similarly situated individuals and is not directed at individual participants or beneficiaries based on a health factor they may have. (Plan amendments that apply to all individuals in a group of similarly situated individuals and that are effective no earlier than the first day of the next plan year after the amendment is adopted are not considered to be directed at individual participants and beneficiaries.).

However, compliance with this rule under HIPAA does not affect whether the plan provision or practice is permitted under other laws including the ACA such as the requirement to offer essential health benefits in the individual and small group markets.

How do you determine "similarly situated individuals"?

HIPAA states that plans may distinguish among employees only on "bona fide employment-based classifications" consistent with the employer's usual business practice. For example, part time and full time employees, employees working in different geographic locations, and employees with different dates of hire or lengths of service can be treated as different groups of similarly situated individuals.

A plan may draw a distinction between employees and their dependents. Plans can also make distinctions between beneficiaries themselves if the distinction is not based on a health factor. For example, a plan can distinguish between spouses and dependent children, or between dependent children age 26 and older based on their age or student status.

I have a history of high claims. Can I be charged more than others in the plan based on my claims experience?

No. Group health plans cannot charge an individual more for coverage than a similarly situated individual based on any health factor.

However, be aware that HIPAA does allow an insurer to charge one group health plan (or employer) a higher rate than it does another. When an insurance company establishes its rates, it may underwrite all covered individuals in a specific plan based on their collective health status. The result can be that one employer health plan whose enrollees have more adverse health factors can be charged a higher premium than another for the same amount of coverage. Note that compliance with this rule under HIPAA does not affect whether the practice is permitted under the ACA including the rating requirements in the small group market.

Think of it this way: HIPAA's protections from discrimination apply within a group of similarly situated individuals, not across different groups of similarly situated individuals. For example, an employer distinguishes between full-time and part-time employees. It can charge part-time employees more for coverage, but all full-time employees must pay the same rate, regardless of health status.

Also, for insured plans, state law may govern rates for health coverage. More information is available at NAIC.org.

I am an avid skier. Can my employer's plan exclude me from enrollment because I ski?

No. Participation in activities such as skiing would be "evidence of insurability," which is a health factor. Therefore, it cannot be used to deny eligibility.

Can my health plan deny benefits for an injury based on how I got it?

It depends. A plan can deny benefits based on an injury's source, unless an injury is the result of a medical condition or an act of domestic violence.

Therefore, a plan cannot exclude coverage for self-inflicted wounds, including those resulting from attempted suicide, if they are otherwise covered by the plan and result from a medical condition (such as depression).

However, a plan may exclude coverage for injuries that do not result from a medical condition or from domestic violence. For example, a plan generally can exclude coverage for injuries in connection with an activity like bungee jumping. While the bungee jumper may have to pay for treatment for those injuries, her plan cannot exclude her from coverage for the plan's other benefits.

My group health plan says that dependents are generally eligible for coverage only until they reach age 26. However, this age restriction does not apply to disabled dependents, who seem to be covered past age 26. Does HIPAA permit a policy favoring disabled dependents?

Yes. A plan can treat an individual with an adverse health factor (such as a disability) more favorably by offering extended coverage.

Are all family members, including a spouse, covered by HIPAA?

If your group health plan permits coverage of family members ("dependents"), and if they participate in the plan, then they will have the same HIPAA protections as employees.

Note: The Genetic Information Nondiscrimination Act of 2008 (GINA) expands the HIPAA nondiscrimination provisions discussed above by generally prohibiting the use of genetic information to adjust group premiums or contributions, the collection of genetic information and requests for individuals to undergo genetic testing.

HIPAA and Wellness Programs

I've learned that my health plan will include a wellness program next year. What is a wellness program?

Wellness programs encourage employees to work out, stop smoking or generally adopt healthier lifestyles by offering some type of financial or other incentive. If a wellness program is part of a group health plan, it must comply with rules created by HIPAA and the ACA that prevent the employee from being impermissibly discriminated against based on a health factor.

There are two types of wellness programs - participatory and health-contingent. A participatory wellness program is one that offers a reward simply for participating in the program. For example, the program reimburses employees for all or part of the cost for membership in a fitness center. Participatory wellness programs are allowed under the nondiscrimination rules as long as they are available to all similarly situated individuals.

A health-contingent wellness program is one that rewards an employee for satisfying a standard related to a health factor. If the standard is an activity-only one, you need to perform or complete an activity, like walking or other exercise, to get the reward. If the standard is outcome-based, you must achieve a specific health outcome, like a certain result on a health screening, to get the reward. Health-contingent wellness programs must meet certain requirements.

I belong to a group health plan that rewards individuals who volunteer to be tested for early detection of health problems, such as high cholesterol. Can a plan do this?

Yes, as long as the program is available to all similarly situated individuals. If the health plan offers a reward based on participation in the program and not on test results, the program is considered a participatory wellness program and the plan does not have to comply with the additional requirements applicable to health-contingent wellness programs. For instance, a health plan can offer a premium discount for those who voluntarily test for cholesterol, as long as the discount is available to everyone who takes the test and not just those who get a certain result. If the discount was based on individuals having certain results, additional requirements discussed below would apply.

My plan's wellness program offers a lower deductible to those who participate in a specific walking program. How can I tell if this is permissible?

Because the reward (the lower deductible) is available to all who participate in a walking program, this is an activity-only health-contingent program. The program will be permissible if:

- Individuals have a chance to qualify for the reward at least once per year;
- The total reward for all of the plan's health-contingent wellness programs is not more than 30% of the cost of employee-only coverage in the plan. If dependents can participate, the reward cannot be more than 30% of the cost of the coverage in which an employee and dependents are enrolled. For wellness programs designed to prevent or

reduce tobacco use the allowable percentage is higher – the reward for those programs cannot be more than 50% of the cost of coverage;

- The walking program is reasonably designed to promote health or prevent disease;
- A reasonable alternative standard (or a waiver of the walking requirement) is offered to those for whom it is unreasonably difficult because of a medical condition, or medically inadvisable, to participate in the walking program; and
- The plan discloses the availability of a reasonable alternative standard (or the possibility of a waiver) in all materials describing the terms of the program.

I would like to participate in my plan's wellness program. Under the program, to get a discount on my premiums, my body mass index (BMI) must be 26 or lower. Is there any way for me to get the premium discount if my BMI is higher than 26?

Yes. The reward is provided to those who achieve a specific health outcome (BMI of 26 or lower), so this is an outcome-based health-contingent wellness program. If your BMI is above 26, the plan must provide you with a reasonable alternative standard to qualify for the reward. The reasonable alternative standard could be activity-based such as completion of an educational program, participation in a diet program, or following the recommendations of your personal physician; it could also be another outcome-based standard, such as a one-point reduction in your BMI over a set period of time. If it is unreasonably difficult because of a medical condition, or medically inadvisable, for you to complete the alternative, the plan must work with you to find a second alternative based on your physician's recommendations.

In addition, as with an activity-only program, you must be given the chance to qualify for the reward at least once per year; the total reward for the plan's health-contingent wellness programs cannot be more than 30% (or 50% for tobacco-related programs) of the cost of employee-only coverage (or the cost of the coverage enrolled in if dependents can participate); and the plan must disclose the availability of a reasonable alternative standard (or the possibility of a waiver) in all materials describing the terms of the program. This notice must also be included in any disclosure that you did not satisfy the initial standard.

Can a plan charge a lower premium for nonsmokers than it does for smokers?

The plan is offering a reward based on an individual's ability to stop smoking so this is an outcome-based program. For this type of wellness program to be permissible:

- Individuals must have a chance to qualify for the nonsmoker's discount at least once a year;
- The difference in premiums between nonsmokers and smokers cannot be more than 50% of the cost of employee-only coverage (or 50% of the cost of coverage if dependents can participate);
- The program must be reasonably designed to promote health and prevent disease;
- There is a reasonable alternative standard to those who do not meet the otherwise applicable standard. For example, the reasonable alternative standard could include discounts in return for attending educational classes or for trying a nicotine patch; and
- Plan materials describing the premium discount (and any disclosure that an individual did not satisfy the standard) describe the availability of a reasonable alternative standard to qualify for the lower premium.

Coordination with Other Laws

Can states modify HIPAA's requirements?

State laws may complement HIPAA by allowing more protections than the Federal law. For example, states may increase the number of days parents have to enroll newborns, adopted children, and children placed for adoption or require additional circumstances that entitle you to special enrollment periods beyond those in the Federal law. However, these state laws only apply if your plan provides benefits through an insurance company or HMO (an insured plan). To determine if your plan offers insured coverage, consult your Summary Plan Description (SPD) or contact your plan administrator. You also can visit your state insurance commissioner's office or the National Association of Insurance Commissioners' [Website](#) (select your state) for more information.

How can I use HIPAA in conjunction with COBRA to extend my health coverage?

COBRA is a law that can help if you lose your job or if your hours are reduced to the point where the employer no longer provides you with health coverage. COBRA can provide a temporary extension of your health coverage – as long as you and your family members, if eligible, belonged to the previous employer's health plan and generally the employer had 20 or more employees. Usually, you pay the entire cost of coverage (both your share and the employer's, plus a 2 percent administrative fee). As long as the prior plan exists, COBRA coverage lasts up to 18 months for most people, although it can continue as long as 36 months in some cases.

If you enroll in COBRA, HIPAA provides you with the opportunity to request special enrollment in a different group health plan if you have a special enrollment event, such as marriage, the birth of a child, or if you exhaust your continuation coverage. To exhaust COBRA, you must receive the maximum period of continuation coverage available (usually 18 months for job loss) without early termination. If you choose to terminate your COBRA early, or fail to pay your COBRA premiums, you generally will not be entitled to special enroll in other group health coverage.

Do I have other special enrollment rights?

In addition to the special enrollment rights in a group health plan under HIPAA (described above), there are also special enrollment rights under the ACA for individual coverage including through the Health Insurance Marketplace. The Marketplace offers "one-stop shopping" to find and compare private health insurance and other options (such as Medicare and CHIP coverage). Losing your job-based coverage, marriage, birth, and adoption are a few of the special enrollment events that may allow you to purchase Marketplace or other coverage outside of the regular enrollment period.

To qualify for special enrollment, you must select a plan either within 60 days before losing your job-based coverage or within 60 days after losing your job-based coverage.

You can apply for Marketplace coverage online or get more information at [HealthCare.gov](#) or by calling 1-800-318-2596 (TTY users should call 1-855-889-4325). When you fill out a

Marketplace application, you also can find out if you and your family qualify for free or low-cost coverage from Medicaid and/or the Children's Health Insurance Program (CHIP).

Where can I get more information on my rights under HIPAA?

The Employee Benefits Security Administration offers more information on HIPAA and other laws mentioned above. Visit the Employee Benefits Security Administration's **Website** to view the following publications. To order copies or to request assistance from a benefits advisor, **contact EBSA** electronically or call toll free 1-866-444-3272.

- **Retirement and Health Care Coverage...Questions and Answers for Dislocated Workers**
- **An Employee's Guide to Health Benefits Under COBRA**
- **Top 10 Ways to Make Your Health Benefits Work for You**
- **Life Changes Require Health Choices...Know Your Benefit Options**



YOUR RIGHTS AFTER A MASTECTOMY



EMPLOYEE BENEFITS SECURITY ADMINISTRATION
UNITED STATES DEPARTMENT OF LABOR

Your Rights After A Mastectomy



If you have had a mastectomy or expect to have one, you may be entitled to special rights under the Women's Health and Cancer Rights Act of 1998 (WHCRA). The following questions and answers clarify your basic WHCRA rights.

I've been diagnosed with breast cancer and plan to have a mastectomy, which my plan covers. Will my health plan cover reconstructive surgery too?

If your group health plan or health insurance company covers mastectomies, it must provide certain reconstructive surgery and other benefits related to the mastectomy, including:

- all stages of reconstruction of the breast on which the mastectomy was performed,
- surgery and reconstruction of the other breast to produce a symmetrical appearance,
- prostheses, and
- treatment of physical complications of the mastectomy, including lymphedema.

The plan must consult with you and your attending physician when determining how this coverage will be provided.

I must have a mastectomy for medical reasons, although I have not been diagnosed with cancer. Does WHCRA apply to me?

Yes, the law applies if your group health plan or health insurance company covers mastectomies and you are receiving benefits in connection with a mastectomy – whether or not you have cancer. Despite its name, nothing in the law limits WHCRA rights to cancer patients.

Do all group health plans and health insurance companies have to provide reconstructive surgery benefits?

Generally, WHCRA applies to all group health plans that provide coverage for medical and surgical benefits with respect to a mastectomy, as well as their insurance companies. However, there are exceptions for some “church plans” and “government plans.” If your coverage is provided by a “church plan” or “governmental plan,” check with your plan administrator.

Will I have to pay a deductible or coinsurance?

Possibly. Group health plans or health insurance companies may impose deductibles or coinsurance requirements on mastectomies and post-mastectomy treatment, but no more than those established for other benefits. In other words, the deductible for post-mastectomy reconstructive surgery should be similar to the deductible for any similar procedure covered by the plan.

Before I changed jobs, I had a mastectomy and chemotherapy which were covered under my previous employer's plan. Now I am enrolled under my new employer's plan and want reconstructive surgery. Is my new employer's plan required to cover it?

If you request reconstructive surgery, your new employer's plan generally must cover it if:

- the plan provides coverage for mastectomies, and
- you are receiving benefits under the plan that are related to your mastectomy.

In addition, your new employer's plan generally must cover the other benefits specified in WHCRA, even if you were not enrolled in your new employer's plan when you had the mastectomy.

The Patient Protection and Affordable Care Act includes additional protections. A group health plan generally cannot limit or deny benefits relating to a health condition that existed before you enrolled in your new employer's plan. For more information, visit dol.gov/agencies/ebsa/laws-and-regulations/laws/affordable-care-act/for-workers-and-families or HealthCare.gov.

My employer's group health plan provides coverage through an insurance company. After my mastectomy, my employer changed insurance companies. The new insurance company refuses to cover my reconstructive surgery. Is that legal?

Not if:

- the new insurance company provides coverage for mastectomies,
- you are receiving benefits under the plan related to your mastectomy, and
- you elect to have reconstructive surgery.

If these conditions apply, then the new insurance company must provide coverage for breast reconstruction as well as the other benefits required under WHCRA. It does not matter that you were not covered by the new company when you had the mastectomy.

I understand that my group health plan must provide me with a notice of my WHCRA rights when I enroll in the plan. What information does this notice include?

Plans must provide a notice to all employees when they enroll in the health plan that:

- describes the benefits that WHCRA requires the plan and its insurance companies to cover, which includes:
 - coverage of all stages of reconstruction of the breast on which the mastectomy was performed,
 - surgery and reconstruction of the other breast to produce a symmetrical appearance,
 - prostheses, and
 - treatment of physical complications of the mastectomy, including lymphedema;
- states that mastectomy-related benefits coverage will be provided in a manner determined in consultation with the attending physician and the patient;
- describes any applicable deductibles and coinsurance limitations that apply to the coverage specified under WHCRA. Deductibles and coinsurance limitations may be imposed only if they are consistent with those established for other benefits under the plan or coverage.

What information does the annual WHCRA notice from my health plan include?

Your annual notice should describe the four categories of coverage required under WHCRA and how to obtain a detailed description of the mastectomy-related benefits available under your plan. For example, an annual notice might look like this:

“Do you know that your plan, as required by the Women’s Health and Cancer Rights Act of 1998, provides benefits for mastectomy-related services including all stages of reconstruction and surgery to achieve symmetry between the breasts, prostheses, and complications resulting from a mastectomy, including lymphedema? Call your plan administrator [phone number here] for more information.”

Your annual notice may be the same notice provided when you enrolled in the plan if it contains the information described above.

My state also requires health insurance companies to cover minimum hospital stays in connection with a mastectomy (which is not required by WHCRA). If I have a mastectomy and breast reconstruction, am I also entitled to the minimum hospital stay?

If your employer’s group health plan provides coverage through an insurance company, you are entitled to the minimum hospital stay required by the state law. Many state laws provide more protections than WHCRA for coverage provided by an insurance company or “insured coverage.”

If your employer’s group health plan provides...	You are entitled to...
Coverage through an insurance company	Federal and state protections (in states that provide them)
Self-insured coverage	Federal protections only

To find out if your group health coverage is “insured” or “self-insured,” check your health plan’s Summary Plan Description (SPD) or contact your plan administrator.

If your coverage is “insured” and you want to know if you have additional state law protections, contact your state insurance department.

I have health coverage through an individual policy, not through an employer. Am I covered under WHCRA? WHCRA rights apply to individual coverage as well. These requirements are generally within the jurisdiction of the state insurance department. Call your state insurance department or the Department of Health and Human Services toll free at 1-877-267-2323, extension 6-1565, for more information.

Can I get breast cancer screening or similar preventive services for free? Possibly. Under the Affordable Care Act, you may receive certain recommended preventive services, such as breast cancer mammography screenings for women aged 40 and older, with no copayment, coinsurance, deductible, or other cost-sharing. For more information, visit HealthCare.gov/coverage/preventive-care-benefits/. WHCRA does not require coverage for preventive services related to the detection of breast cancer.

Resources

WHCRA is administered by the U.S. Departments of Labor and Health and Human Services.

Department of Labor

For more information about your WHCRA rights under an employer-sponsored group health plan and other health coverage topics, visit dol.gov/agencies/ebsa. To order publications, learn more about our programs and services, or discuss questions about your benefits, contact EBSA at askebsa.dol.gov or call toll-free: 1-866-444-3272.

Department of Health and Human Services

For more information on WHCRA, visit www.cms.gov/CCIIO/Programs-and-Initiatives/Other-Insurance-Protections/whcra_factsheet.html or call toll-free: 1-877-267-2323, extension 6-1565.

National Association of Insurance Commissioners

To find the contact information for your state office, visit naic.org/state_web_map.htm.



**The American
Worker®**

Provided by Fringe Benefit Group

Guía de inscripción a los beneficios

THEAMERICANWORKER.COM / (866) 866-3424

Copyright © 2025 The American Worker es proporcionado por Fringe Benefit Group.