

Aviso importante sobre recetas acreditables cobertura de medicamentos y Medicare

El propósito de este aviso es informarle que se espera que la cobertura de medicamentos recetados que se describe a continuación en el plan médico Beneficios de Salud Estatales del Estado de Nuevo México pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare pagará en 2025. Esto se conoce como “cobertura acreditable”.

¿Por qué esto es importante? Si usted o sus dependientes cubiertos están inscritos en cualquier cobertura de medicamentos recetados durante el año 2025 descritos en este aviso y están o pasan a estar cubiertos por Medicare, puede decidir inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare más adelante y no estar sujeto a una multa por inscripción tardía, siempre y cuando haya tenido una cobertura acreditable dentro de los 63 días de su inscripción en el plan de medicamentos recetados de Medicare. Debe conservar este aviso con sus registros importantes.

Si usted o los miembros de su familia no están actualmente cubiertos por Medicare y no estarán cubiertos por Medicare en los próximos 12 meses, este aviso no se aplica a usted.

Lea atentamente el aviso a continuación. Tiene información sobre la cobertura de medicamentos recetados con Beneficios de Salud Estatales del Estado de Nuevo México y la cobertura de medicamentos recetados disponible para personas con Medicare. También le indica dónde encontrar más información para ayudarle a tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados.

Aviso de cobertura acreditable

Es posible que haya oído hablar de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (llamada Parte D) y se haya preguntado cómo le afectaría. La cobertura de medicamentos recetados está disponible para todos los que tienen Medicare a través de los planes de medicamentos recetados de Medicare. Todos los planes de medicamentos recetados de Medicare brindan al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también ofrecen más cobertura por una prima mensual más alta.

Las personas pueden inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare cuando sean elegibles por primera vez y cada año desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Las personas que abandonan la cobertura del empleador/sindicato pueden ser elegibles para un período de inscripción especial de Medicare.

Si está cubierto por uno de los planes que se describen a continuación, le interesará saber que la cobertura es, en promedio, al menos tan buena como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare para 2025. Esto se llama cobertura acreditable. La cobertura de uno de estos planes le ayudará a evitar una multa por inscripción tardía en la Parte D si es o llega a ser elegible para Medicare y luego decide inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare.

- Presbyterian HMO
- BlueCross BlueShield de Blue Preferred Plus PPO de Nuevo México
- BlueCross BlueShield de HMO de Nuevo México

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare y es un empleado activo o un pariente de un empleado activo, también puede continuar con la cobertura de su empleador. En este caso, el plan del empleador continuará pagando el nivel primario o secundario como lo hacía antes de que usted se inscribiera en un plan de medicamentos recetados de Medicare. Si renuncia o cancela la cobertura de los Beneficios de Salud Estatales del Estado de Nuevo México, Medicare será su único pagador. Puede volver a inscribirse en el plan del empleador en el momento de la inscripción anual o si

tiene un evento de inscripción especial para el plan de Beneficios de Salud Estatales del Estado de Nuevo México, suponiendo que siga siendo elegible.

Debe saber que si renuncia o deja la cobertura con Beneficios de Salud Estatales del Estado de Nuevo México y pasa 63 días o más sin cobertura acreditable de medicamentos recetados (una vez que finalice su período de inscripción aplicable a Medicare), su prima mensual de la Parte D aumentará al menos 1% mensual por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 19 meses sin cobertura, la prima de su plan de medicamentos recetados de Medicare siempre será al menos un 19% más alta de lo que paga la mayoría de las personas. Tendrá que pagar esta prima más alta siempre que tenga cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que deba esperar hasta octubre siguiente para inscribirse en la Parte D.

Es posible que reciba este aviso en otros momentos en el futuro, como antes del próximo período en el que puede inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, si esta cobertura de Beneficios de Salud Estatales del Estado de Nuevo México cambia o si solicita una copia.

Para obtener más información sobre sus opciones en virtud de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare

Encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados en el manual *Medicare y usted*. Los participantes de Medicare recibirán una copia del manual por correo cada año de parte de Medicare. También es posible que los planes de medicamentos recetados de Medicare se comuniquen con usted directamente. A continuación, le indicamos cómo obtener más información sobre los planes de medicamentos recetados de Medicare:

Visite www.medicare.gov para ayuda personalizada.

Llame a su Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (consulte una copia del manual *Medicare y Usted* para obtener el número de teléfono) o visite el programa en línea en <https://www.shiptacenter.org/>.

Para las personas con ingresos y recursos limitados, hay disponible ayuda adicional para pagar un plan de medicamentos recetados de Medicare. La información sobre esta ayuda adicional está disponible en la Administración del Seguro Social (SSA). Para obtener más información sobre esta ayuda adicional, visite SSA en línea en www.socialsecurity.gov o llame al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Recuerde: Guarde este aviso. Si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare después de que finalice su período de inscripción de Medicare aplicable, es posible que deba proporcionar una copia de este aviso cuando se inscriba en un plan de la Parte D para demostrar que no está obligado a pagar un monto de prima de la Parte D más alto.

Para obtener más información sobre este aviso o su cobertura de medicamentos recetados, comuníquese con Beneficios de Salud Estatales del Estado de Nuevo México.

Aviso de inscripción a la Ley de derechos sobre la salud y el cáncer de la mujer

Si se ha sometido o se va a someter a una mastectomía, es posible que tenga derecho a ciertos beneficios según la Ley de derechos sobre la salud y el cáncer de la mujer de 1998 (WHCRA). Para las personas que reciben beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se proporcionará de la manera determinada en consulta con el médico tratante y el paciente, para:

- Todas las etapas de reconstrucción del seno en la que se realizó la mastectomía.
- Cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica.
- Prótesis.

- Tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluidas las linfedemas.

Estos beneficios se proporcionarán sujetos a los mismos deducibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados en virtud de este plan.

Si desea obtener más información sobre los beneficios de WHCRA, llame a Beneficios de Salud Estatales del Estado de Nuevo México.

Aviso de derechos de inscripción especiales

Según las disposiciones de inscripción especiales de la HIPAA, usted puede ser elegible, en ciertas situaciones, para inscribirse en un plan médico de Beneficios de Salud Estatales del Estado de Nuevo México durante el año, incluso si anteriormente rechazó la cobertura. Este derecho se extiende a usted y a todos los parientes elegibles.

- ❖ Podrá inscribirse usted mismo (y a los dependientes elegibles) si, durante el año, usted o sus dependientes perdieron la cobertura de otro plan porque:
 - La cobertura terminó debido a la terminación del empleo, divorcio, muerte o una reducción de horas que afectó la elegibilidad para los beneficios.
 - Se suspendieron las aportaciones del empleador al plan.
 - El plan fue cancelado.
 - La cobertura de Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, por sus siglas en inglés) terminó.

Debe notificar al plan dentro de los 31 días posteriores a la pérdida de cobertura para poder inscribirse en el plan médico del Beneficios de Salud Estatales del Estado de Nuevo México durante el año. De lo contrario, deberá esperar hasta el período de inscripción abierta del plan.

- ❖ Si obtiene un nuevo dependiente durante el año como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, puede inscribir a ese dependiente, así como a usted mismo y a cualquier otro dependiente elegible en el plan, incluso si anteriormente rechazó la cobertura médica.

Debe notificar al plan dentro de los 31 días posteriores al evento para poder inscribirse en el plan médico del Beneficios de Salud Estatales del Estado de Nuevo México durante el año. De lo contrario, deberá esperar hasta el período de inscripción abierta del plan. La cobertura será retroactiva a la fecha de nacimiento o adopción de los niños inscritos durante el año en virtud de estas disposiciones.

- ❖ A partir del 1 de abril de 2009, usted será elegible para inscribirse a sí mismo y a sus dependientes elegibles si ocurre cualquiera de dos eventos:
 - Usted o su dependiente pierden la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP) porque ya no son elegibles.
 - Usted o su dependiente califican para recibir asistencia estatal para pagar las primas del plan médico colectivo de su empleador.

Independientemente de otras fechas límite de inscripción, tendrá 60 días a partir de la fecha del evento Medicaid/CHIP a fin de solicitar la inscripción en el plan médico de Beneficios de Salud Estatales del Estado de Nuevo México.

Tenga en cuenta que los derechos de inscripción especiales le permiten:

- Inscribirse en su cobertura médica actual; o

- Inscribirse en cualquier opción de beneficio del plan médico para la cual usted y sus dependientes sean elegibles.

Asistencia para primas según Medicaid y el Programa de Seguro Médico Infantil

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y son elegibles para cobertura médica de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia con las primas que puede ayudar a pagar la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no serán elegibles para estos programas de asistencia con las primas, pero es posible que puedan comprar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de seguros médicos. Para más información, visite www.healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y viven en uno de los estados que se describen a continuación, comuníquese con la oficina estatal de Medicaid o CHIP para averiguar si hay asistencia con las primas disponible.

Si usted o sus dependientes NO están actualmente inscritos en Medicaid o CHIP, y cree que usted o cualquiera de sus dependientes podrían ser elegibles para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina estatal de Medicaid o CHIP o marque **1-877-KIDS NOW** o www.insurekidsnow.gov para saber cómo presentar la solicitud. Si califica, pregunte en 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 con las primas de Medicaid o CHIP, así como también son elegibles según el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en su plan de empleador si aún no está inscrito. Esto se denomina oportunidad de "inscripción especial" y **debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días después de que se determine que es elegible para recibir asistencia con la prima**. Si tiene preguntas acerca del proceso de inscripción en su plan de empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo en www.askebsa.dol.gov o llame al **1-866-444-EBSA (3272)**.

Si vive en uno de los siguientes estados, puede ser elegible para recibir asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de julio de 2024. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad.

Medicaid ALABAMA	Medicaid ALASKA
Sitio web: http://myalhipp.com/ Teléfono: 1-855-692-5447	El programa de pago de primas de seguro médico de AK 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

Medicaid ARKANSAS

Sitio web: <http://myarhipp.com/>
 Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)

Medicaid CALIFORNIA

Sitio web del programa de pago de primas de seguro médico (HIPP):
<http://dhcs.ca.gov/hipp>
 Teléfono: 916-445-8322
 Fax: 916-440-5676
 Correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov

COLORADO – Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)

Sitio web de Health First Colorado:
<https://www.healthfirstcolorado.com/>
 Centro de contacto para miembros de Health First Colorado:
 1-800-221-3943/Relé estatal 711
 CHP+: <https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus>
 Servicio al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/Relé estatal 711
 Programa de compra de seguro médico (HIBI): <https://www.mycohibi.com/>
 Servicio al cliente HIBI: 1-855-692-6442

Medicaid FLORIDA

Sitio web:
<https://www.flmedicaidprecovery.com/flmedicaidprecovery.com/hipp/index.html>
 Teléfono: 1-877-357-3268

Medicaid GEORGIA

Sitio web HIPP de GA:
<https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp>
 Teléfono: 678-564-1162, Presione 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, Presione 2

Medicaid INDIANA

Programa de pago de primas de seguro médico
 Todos los demás Medicaid
 Sitio web: <https://www.in.gov/medicaid/>
<http://www.in.gov/fssa/dfr/>
 Administración de Servicios Familiares y Sociales
 Teléfono: 1-800-403-0864
 Teléfono de Servicios de Atención al Afiliado: 1-800-457-4584

Medicaid y CHIP (Hawki) IOWA

Sitio web de Medicaid:
[Medicaid | Salud y Servicios Humanos de Iowa](#)
 Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366
 Sitio web de Hawki:
[Hawki - Niños Sanos y Saludables en Iowa | Salud y Servicios Humanos](#)
 Teléfono Hawki: 1-800-257-8563
 Sitio web del HIPP: [Pago de Primas de Seguro Médico \(HIPP\) | Salud y Servicios Humanos \(iowa.gov\)](#)
 Teléfono de HIPP: 1-888-346-9562

Medicaid KANSAS

Sitio web: <https://www.kancare.ks.gov/>
 Teléfono: 1-800-792-4884
 Teléfono de HIPP: 1-800-967-4660

Medicaid KENTUCKY	Medicaid LUISIANA
<p>Sitio web del Programa de Pago de Primas del Seguro Médico Integrado de Kentucky (KI-HIPP): 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://kynect.ky.gov Teléfono: 1-877-524-4718 Sitio web de Medicaid de Kentucky: https://chfs.ky.gov/agencies/dms</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>
Medicaid MAINE	Medicaid y CHIP MASSACHUSETTS
<p>Sitio web de inscripción: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Relé de Maine 711 Página web de primas de seguros médicos privados: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-977-6740 TTY: Relé de Maine 711</p>	<p>Sitio web: https://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840 TTY: 711 Correo electrónico: masspremassistance@accenture.com</p>
Medicaid MINNESOTA	Medicaid MISSOURI
<p>Sitio web: https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/ Teléfono: 1-800-657-3672</p>	<p>Sitio web: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005</p>
Medicaid MONTANA	Medicaid NEBRASKA
<p>Sitio web: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084 Correo electrónico: HSHIPPProgram@mt.gov</p>	<p>Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178</p>
Medicaid NEVADA	Medicaid NUEVO HAMPSHIRE
<p>Sitio web de Medicaid: http://dhcfp.nv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900</p>	<p>Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Teléfono: 603-271-5218 Número gratuito para el programa HIPP: 1-800-852-3345, ext. 15218 Correo electrónico: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov</p>

Medicaid y CHIP NUEVA JERSEY	Medicaid NUEVA YORK
<p>Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Teléfono: 1-800-356-1561 Teléfono de asistencia CHIP Premium: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710 (TTY: 711)</p>	<p>Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831</p>
Medicaid CAROLINA DEL NORTE	Medicaid DAKOTA DEL NORTE
<p>Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov/ Teléfono: 919-855-4100</p>	<p>Sitio web: https://www.hhs.nd.gov/healthcare Teléfono: 1-844-854-4825</p>
Medicaid y CHIP OKLAHOMA	Medicaid y CHIP OREGÓN
<p>Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742</p>	<p>Sitio web: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-800-699-9075</p>
Medicaid y CHIP PENNSILVANIA	Medicaid y CHIP RHODE ISLAND
<p>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: Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP) (pa.gov) Teléfono de CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)</p>	<p>Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 1-855-697-4347, o 401-462-0311 (Línea compartida directa de Rlte)</p>
Medicaid CAROLINA DEL SUR	Medicaid DAKOTA DEL SUR
<p>Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820</p>	<p>Sitio web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059</p>
Medicaid TEXAS	Medicaid y CHIP UTAH
<p>Sitio web: Programa de pago de primas de seguro médico (HIPP) Servicios Humanos y de Salud de Texas Teléfono: 1-800-440-0493</p>	<p>Sitio web de Utah's Premium Partnership (UPP) para Seguros Médicos: https://medicaid.utah.gov/upp/ Correo electrónico: upp@utah.gov Teléfono: 1-888-222-2542 Sitio web de Adult Expansion: https://medicaid.utah.gov/expansion/ Sitio web del Programa Utah Medicaid Buyout: https://medicaid.utah.gov/buyout-program/ Sitio web de CHIP: https://chip.utah.gov/</p>

Medicaid VERMONT	Medicaid y CHIP VIRGINIA
Sitio web: Programa de Pago de Primas de Seguro Médico (HIPP) Departamento de Acceso a la Salud de Vermont Teléfono: 1-800-250-8427	Sitio web: https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs Teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924
Medicaid WASHINGTON	Medicaid y CHIP VIRGINIA OCCIDENTAL
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 gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)
Medicaid y CHIP WISCONSIN	Medicaid WYOMING
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 con primas desde el 31 de julio de 2024, o para obtener más información sobre derechos de inscripción especiales, comuníquese con el:

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

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

Aviso de la Ley de no sorpresas

Sus derechos y protecciones contra facturas médicas sorpresa

Cuando recibe atención de emergencia o recibe tratamiento de un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, está protegido contra facturación sorpresa o facturación de saldo.

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

Cuando consulta a un médico u otro proveedor de atención médica, es posible que deba ciertos costos de desembolso, como un copago, coseguro o un deducible. Es posible que tenga otros costos o que tenga que pagar la factura completa si consulta a un proveedor o visita un centro de atención médica que no está en la red de su plan médico.

"Fuera de la red" describe proveedores e instalaciones que no han firmado un contrato con su plan de salud. Es posible que a los proveedores fuera de la red se les permita facturarle la diferencia entre lo que su plan acordó pagar y el monto total cobrado por un servicio. Esto se llama **"facturación de 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 su límite anual de desembolso.

La "facturación sorpresa" es una factura de saldo inesperada. Esto puede suceder cuando no es posible controlar quién está involucrado en su atención, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una visita en un centro dentro de la red pero recibe tratamiento inesperado de un proveedor fuera de la red.

Usted está protegido de la facturación del saldo por:

Servicios de emergencia

Si tiene una afección médica de emergencia y recibe servicios de emergencia de un proveedor o centro fuera de la red, lo máximo que el proveedor o centro puede facturarle es el monto de costo compartido dentro de la red de su plan (como copagos y coseguro). No se le puede facturar el saldo por estos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que puede recibir después de estar en condición estable, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones para que no se le facture el saldo por estos servicios de posestabilización.

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

Cuando recibe servicios de un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, es posible que ciertos proveedores estén fuera de la red. En estos casos, lo máximo que esos proveedores pueden facturarle es el monto de costo compartido dentro de la red de su plan. Esto aplica a servicios de medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, asistente de cirujano, asistente de hospitalización o intensivista. Estos proveedores **no pueden** facturarle el saldo y no pueden pedirle que renuncie a sus protecciones para que no se le facture el saldo.

Si recibe otros servicios en estos centros dentro de la red, los proveedores fuera de la red **no pueden** facturarle el saldo, a menos que usted dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones.

Nunca es necesario que renuncie a sus protecciones de facturación de saldo. Tampoco es necesario que reciba atención fuera de la red. Puede elegir un proveedor o centro en 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, coseguros y deducibles que pagaría si el proveedor o centro estuviera dentro de la red). Su plan de salud pagará directamente a los proveedores y centros fuera de la red.
- Su plan de salud generalmente debe:
 - Cubrir servicios de emergencia sin necesidad de obtener aprobación previa para los servicios (autorización previa).
 - Cubrir servicios de emergencia de proveedores fuera de la red.
 - Base lo que le debe al proveedor o centro (costo compartido) en lo que le pagaría a un proveedor o centro dentro de la red y muestre esa cantidad en su explicación de beneficios.
 - Cuenten cualquier monto que pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red para su deducible y límite de desembolso.

Si cree que le han facturado incorrectamente, puede comunicarse con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. a partir del 1 de enero de 2022 al 1-800-985-3059. Visite [Ley de No Sorpresas | CMS](#) para obtener más información sobre sus derechos.

Opciones de cobertura del mercado de seguros médicos y su cobertura de salud

PARTE A: Información general:

Para ayudarle a evaluar las opciones para usted y su familia, este aviso proporciona información básica sobre el nuevo Mercado y la cobertura de salud basada en el empleo que ofrece su empleador.

¿Qué es el Mercado de Seguros Médicos?

El Mercado está diseñado para ayudarle a encontrar un seguro médico que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El Mercado ofrece "punto único de compra" para encontrar y comparar opciones de seguros médicos privados. También puede ser elegible para un nuevo tipo de crédito fiscal que reduzca su prima mensual de inmediato.

¿Puedo ahorrar dinero en las primas de mi seguro médico en el Mercado?

Es posible que califique para ahorrar dinero y reducir su prima mensual, pero solo si su empleador no ofrece cobertura o si ofrece cobertura que no cumple ciertas normas. Los ahorros en su prima para los que es elegible dependen de los ingresos familiares.

¿La cobertura médica del empleador afecta la elegibilidad para recibir ahorros en primas a través del Mercado?

Si tiene una oferta de cobertura médica de su empleador que cumple ciertas normas, no será elegible para un crédito fiscal a través del Mercado y es posible que desee inscribirse en el plan de salud de su empleador. Sin embargo, puede ser elegible para un crédito fiscal que reduzca su prima mensual o una reducción en ciertos costos compartidos si su empleador no le ofrece ninguna cobertura o no le ofrece una cobertura que cumpla ciertas normas. Si el costo de un plan de su empleador que lo cubriría a usted (y no a ningún otro miembro de su familia) es más del 9.02% para 2025 de sus ingresos familiares para el año, o si la cobertura que brinda su empleador no cumple con la "norma de valor mínimo" establecido por la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, usted puede ser elegible para un crédito fiscal.¹

Nota: Si compra un plan de salud a través del Mercado en lugar de aceptar una cobertura médica de su empleador, puede perder la aportación del empleador (si la hubiere) a la cobertura ofrecida por el empleador. Además, esta aportación del empleador, así como la aportación de su empleado a la cobertura ofrecida por el empleador, a menudo se excluyen de los ingresos a efectos del impuesto sobre la renta federal y estatal. Sus pagos de cobertura a través del Mercado se realizan después de impuestos.

¿Cómo puedo obtener más información?

¹ Un plan de salud auspiciado por el empleador cumple con la "norma de valor mínimo" si la participación del plan en los costos totales de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costos.

Para obtener más información sobre la cobertura ofrecida por su empleador, consulte la descripción resumida de su plan o comuníquese con los Beneficios de Salud Estatales del Estado de Nuevo México.

El Mercado puede ayudarlo a evaluar sus opciones de cobertura, incluyendo su elegibilidad para la cobertura a través del Mercado y su costo. Por favor, visite HealthCare.gov para obtener más información, incluyendo una solicitud en línea para cobertura de seguro médico e información de contacto de un Mercado de seguros médicos en su área.

PARTE B: Información sobre la cobertura médica ofrecida por su empleador

Esta sección contiene información sobre cualquier cobertura de salud ofrecida por su empleador. Si decide completar una solicitud de cobertura en el Mercado, se le pedirá que proporcione esta información. Esta información está numerada para que corresponda a la solicitud del Mercado.

3. Nombre del empleador: Estado de Nuevo México	4. Número de identificación del empleador (EIN): 85-6000565	
5. Dirección del empleador: Código Postal 2348	6. Número de teléfono del empleador: (855) 618-1800	
7. Ciudad Santa Fe	8. Estado: Nuevo México	9. Código postal: 87504-2348
10. ¿A quién podemos contactar sobre la cobertura de salud de los empleados en este trabajo? Beneficios de Salud Estatales (Autoridad de atención médica)		
11. Número de teléfono (si es diferente al anterior)	12. Dirección de correo electrónico: SONM@easitpa.com	

A continuación se ofrece información básica sobre la cobertura de salud que ofrece este empleador:

- Como su empleador, ofrecemos un plan de salud para:

Todos los empleados. Los empleados elegibles son:

Algunos empleados Los empleados elegibles son:

Los empleados que son contratados como Clasificados, empleados que entran en las exenciones del gobernador, en periodo de prueba, temporales, a plazo fijo o por hora, son elegibles para elegir la cobertura (los empleados por hora deben estar programados para trabajar un mínimo de 20 horas/semana y cumplir con el periodo de espera de los posibles empleadores). Los funcionarios electos del SoNM o de los organismos públicos locales se consideran elegibles y no están obligados a cumplir con el horario de trabajo de 20 horas semanales. Los empleados temporales cuya duración original de empleo iba a ser inferior a seis meses, pero cuyo empleo pasó a durar más de 6 meses, pueden ser elegibles para la cobertura si están programados para trabajar al menos 20 horas por semana en su empleo prorrogado. Los empleados serán elegibles para recibir beneficios siempre que hayan cumplido con el período de espera de elegibilidad requerido (el período de espera de elegibilidad no es obligatorio para los empleados estatales). Los empleados temporales que tienen cobertura de beneficios a través del SoNM y luego hacen la transición a empleados de tiempo completo pueden mantener sus beneficios actuales sin una interrupción en la cobertura.

- Con respecto a los dependientes:

Ofrecemos cobertura. Los dependientes elegibles son:

- Cónyuges. Los matrimonios entre personas del mismo sexo se consideran casados a todos los efectos fiscales federales, con la opción de primas antes de impuestos. Los matrimonios de hecho no están reconocidos según el estatuto de Nuevo México. Sin embargo, los matrimonios de hecho de estados que sí los reconocen también serán reconocidos a efectos de elegibilidad para recibir beneficios.
- Pareja de hecho y los hijos de la pareja previa presentación de una declaración jurada de pareja de hecho ejecutada (formulario de declaración jurada). Nota: de acuerdo con las directrices

federales del Servicio de Rentas Internas, las primas para parejas de hecho no se pueden cobrar antes de impuestos.

- Niños menores de 26 años, incluidos hijos adoptados legalmente, hijastros e hijos naturales reconocidos (nacidos fuera del matrimonio), independientemente del estado civil, residencia, condición de estudiante o declaración de impuestos de los dependientes. Los hijos de crianza se incluyen si viven con empleados en una relación regular entre padres e hijos. La cobertura termina al final del último día del mes en que el dependiente cumple 26 años.

No ofrecemos cobertura.

Si se marca, esta cobertura cumple con la norma de valor mínimo y el costo de esta cobertura para usted pretende ser asequible, según los salarios de los empleados.

** Incluso si su empleador tiene la intención de que su cobertura sea asequible, aún puede ser elegible para un descuento en la prima a través del Mercado. El Mercado utilizará los ingresos familiares, junto con otros factores, para determinar si puede ser elegible para un descuento en la prima. Por ejemplo, si sus salarios varían de una semana a otra (quizás es un empleado por horas o trabaja a comisión), si es nuevo empleado a mitad de año o si tiene otras pérdidas de ingresos, aún puede calificar para un descuento premium.

Si decide buscar cobertura en el Mercado, [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) le guiará a través del proceso. Aquí está la información del empleador que ingresará cuando visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) para saber si puede obtener un crédito fiscal para reducir sus primas mensuales.