

THIS PACKAGE CONTAINS THE ANNUAL REQUIRED ERISA NOTICES FOR OUR EMPLOYEE BENEFIT PROGRAM FOR ALL EMPLOYEES.

ESTE PAQUETE CONTIENE LOS AVISOS ANUALES REQUERIDOS DE ERISA PARA NUESTROS PROGRAMA DE BENEFICIOS DEL EMPLEADO.

**READ CAREFULLY AND KEEP IN A SECURE PLACE
LEA CON CUIDADO Y MANTENGA EN UN LUGAR SEGURO**

WOMEN’S HEALTH AND CANCER RIGHTS ACT NOTICE	PAGE 2
ACTA DE DERECHOS DE LA MUJER SOBRE SU SALUD Y EL CANCER	PAGE 2
CERTIFICATE OF CREDITABLE DRUG COVERAGE	PAGE 3
CERTIFICADO DE COBERTURA PARA RECETAS DE MEDICAMENTOS ACREDITABLE	PAGE 3
HIPAA SPECIAL ENROLLMENT RIGHTS NOTICE	PAGE 5
AVISO DE DERECHOS DE INSCRIPCION ESPECIAL DE HIPAA	PAGE 5-6
SELF FUNDED, NON-FEDERAL GOVERNEMENTAL PLAN OPT OUT NOTICE	PAGE 6
AVISO DE AUTO FINANCIADO PLAN GUBERNAMENTAL	PAGE 6
Wellness program	PAGE 7
PROGRAMA DE BIENESTAR	PAGE 7
Summary Annual Report (SAR)	PAGE 8
INFORME DE SUMARIO ANNUAL	PAGE 9
CHIPRA STATE PREMIUM ASSISTANCE NOTICE	PAGE 10
AVISO DE ASISTENCIA EN PRIMAS PARA CHIP	PAGE 13

Contact Human Resources Department if you have any questions:

Contacte al Departamento de Recursos Humanos con cualquier pregunta:

**** NOTICE TO EMPLOYEES ****

This law requires group health plans providing coverage for mastectomies to also cover reconstructive surgery and prostheses following mastectomies. We are pleased to inform you that your medical coverage is in compliance with this law.

As the Act requires, we have provided you this letter to inform you about the law's provisions. The law mandates that a member receiving benefits for a medically necessary mastectomy who elects breast reconstruction after the mastectomy, will also receive coverage for:

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

This coverage will be provided in consultation with the attending physician and the patient, and will be subject to the same annual deductibles and coinsurance applicable to other medical and surgical benefits provided under this plan.

If you have any questions about our coverage of mastectomies and reconstructive surgery, please contact the Member Services number on the back of your medical ID card.

**** AVISO A LOS EMPLEADOS ****

Esta ley le exige a los planes de salud de grupo que proporcionan cobertura para mastectomías también cubrir la cirugía reconstructiva y prótesis después de una mastectomía. Nos complace informarle que su cobertura médica cumple con esta ley.

Como el Acta lo requiere, le hemos proporcionado esta carta para informarle acerca de las provisiones de la ley. La ley manda que una socia que recibe beneficios por una mastectomía necesaria por razones médicas y quien elige la reconstrucción del seno después de la mastectomía, también recibirá cobertura de:

- Reconstrucción del seno en el cual se llevó a cabo la mastectomía.
- Cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica.
- Prótesis
- Tratamiento de complicaciones físicas en todas las etapas de la mastectomía, incluyendo la linfedema.

Esta cobertura se proporcionará en consulta con el médico encargado y la paciente y estará sujeta a las mismas deducciones anuales y provisiones de seguros en conjunto aplicables a la mastectomía.

Si usted tiene alguna pregunta acerca de nuestra cobertura de mastectomías y cirugía reconstructiva, por favor póngase en contacto con el número telefónico de los Servicios a los Miembros impreso en el respaldo de su tarjeta de identificación médica.

**** IMPORTANT NOTICE TO ALL ELIGIBLE EMPLOYEES ABOUT YOUR PRESCRIPTION DRUG COVERAGE AND MEDICARE ****

Please read this notice carefully and keep it where you can find it. This notice has information about our company's group health plan prescription drug coverage, and prescription drug coverage available for people with Medicare. It also explains the options you have under Medicare prescription drug coverage and can help you decide whether or not you want to enroll. At the end of this notice is information about where you can get help to make decisions about your prescription drug coverage. Our company's group health plan is, on average for all plan participants, expected to pay as much as the standard Medicare prescription drug coverage will pay, and is considered "creditable coverage."

Because our plan is considered creditable coverage, you can enroll and/or stay enrolled in our plan, and not pay a higher premium (a penalty) if you later decide to join a Medicare drug plan.

Medicare prescription drug coverage became available in 2006 to everyone with Medicare. You can get this coverage if you join a Medicare prescription drug plan. All Medicare prescription drug plans provide at least a standard level of coverage set by Medicare. Some plans may also offer more coverage for a higher monthly premium.

Individuals (employees and/or their dependents) may enroll in a Medicare prescription drug plan when they first become eligible for Medicare, and each year from October 15th through December 7th, the annual Medicare Open Enrollment Period, with coverage effective on January 1st. Individuals leaving a group health plan during other times of the year may be eligible for a special enrollment period to sign up for a Medicare prescription drug plan.

If you do decide to enroll in a Medicare prescription drug plan and drop your employer's group health plan prescription drug coverage, be aware that you may not be able to get this coverage back. See below for more information about what happens to your coverage if you enroll in a Medicare prescription drug plan.

You should also know that if you drop or lose your coverage with your employer's group health plan and do not enroll in Medicare prescription drug coverage within 63 days after your current coverage ends, you may pay a higher premium (a penalty) to enroll in Medicare prescription drug coverage later.

If you go 63 days or longer without prescription drug coverage that is at least as good as Medicare's prescription drug coverage, your monthly premium may go up at least 1% per month for every month that you did not have that coverage. For example, if you go nineteen months without coverage, your premium may always be at least 19% higher than the regular premium. You will have to pay this higher premium (a penalty) as long as you have Medicare prescription drug coverage. In addition, you may have to wait until the following Medicare Open Enrollment Period to enroll.

For more information about your options under Medicare prescription drug coverage...

More detailed information about Medicare plans that offer prescription drug coverage is available in the "Medicare & You" handbook. You will receive a copy of the handbook in the mail from Medicare every year. You may also be contacted directly by Medicare prescription drug plans. You can also get more information about Medicare prescription drug plans from these places:

- Visit www.medicare.gov
- Call your State Health Insurance Assistance Program (see your copy of the "Medicare & You" handbook for their telephone number) for personalized help
- Call 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users should call 1-877-486-2048

For people with limited income and resources, extra help paying for a Medicare prescription drug plan is available. Information about this extra help is available from the Social Security Administration (SSA). For more information about this extra help, visit SSA online at www.socialsecurity.gov, or call them at 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Remember: Keep this notice. If you enroll in one of the plans approved by Medicare that offer prescription drug coverage, you may be required to provide a copy of this notice when you join to show that you have maintained creditable coverage, and are not required to pay a higher premium amount (a penalty).

**** Notice to Employees ****

The Office for Civil Rights and Office of the National Coordinator for Health Information Technology have collaborated to develop model Notices of Privacy Practices for health care providers and health plans to use to communicate with their patients and plan members.

The HIPAA Privacy Rule gives individuals a fundamental right to be informed of the privacy practices of health plans and health care providers, as well as to be informed of their privacy rights with respect to their personal health information. Health plans and covered health care providers are required to develop and distribute a notice that provides a clear, user friendly explanation of these rights and practices.

Many entities have asked for additional guidance on how to create a clear, accessible notice that their patients or plan members can understand. In response, OCR and ONC have provided separate models for health plans and health care providers. The three options are:

- Notice in the form of a booklet;
- A layered notice that presents a summary of the information on the first page, followed by the full content on the following pages;
- A notice with the design elements found in the booklet, but formatted for full page presentation.
- A text only version of the notice.

The models reflect the regulatory changes of the Omnibus Rule and can serve as the baseline for covered entities working to come into compliance with the new requirements. In particular, the models highlight the new patient right to access their electronic information held in an electronic health record, if their provider has an EHR in their practice. Covered entities may use these models by entering their specific information into the model and then printing for distribution and posting on their websites.

- Booklet
- Layered Notice
- Full Page
- Text Only
- Questions and Instructions

For more information about the HIPAA Privacy Rule and the Notice requirements, see:

<http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/coveredentities/notice.html>

- A covered entity must make its notice available to any person who asks for it.
- A covered entity must **prominently post** and make available its notice on any web site it maintains that provides information about its customer services or benefits.

*** Aviso al empleado ***

La oficina para Derechos Civiles y la oficina del Coordinador Nacional de Tecnología de Información en Salud han colaborado juntamente para crear un modelo de avisos de privacidad para el uso de proveedores de atención médica y planes de salud cuando mandan comunicaciones a sus pacientes y miembros del plan.

Las reglas de privacidad de HIPAA le dan al individuo un derecho fundamental de ser informado de las prácticas de privacidad de planes de salud; igualmente de ser informado de sus derechos de privacidad en respeto a su información personal de salud. Planes de salud y proveedores de atención médica requieren crear y distribuir avisos que proveen explicaciones claras de estos derechos y prácticas.

Muchas entidades han pedido por guía adicional en cómo crear un aviso claro y accesible que sus pacientes y miembros del plan puedan comprender. En respuesta, OCR y ONC han previsto diferentes modelos para planes de salud y proveedores de atención médica. Las opciones son:

- Aviso en forma de libreta
- Un aviso en capas que presenta un sumario de información en la primera página, siguiente el contexto entero
- Un aviso con elementos de diseño de libreta pero formado para presentaciones completas
- Un aviso con una versión de texto solamente

Los modelos reflejan los cambios regulares del Omnibus Rules y pueden servir como la base para las entidades trabajando para los nuevos requisitos de **conformidad**. En particular, los modelos se enfocan en reflejar los derechos que un nuevo paciente tiene el acceso a su informacion electronica que se encuentra en el expediente de salud electronico, si su proveedor tiene un EHR en su practica. Las entidades que estan aseguradas pueden usar estos modelos simplemente ingresando su informacion al modelo y despues imprimiendo para distribuir y subir a sus paginas de internet.

- Libreto
- Aviso en capas
- Pagina completa
- Texto unicamente
- Preguntas e instrucciones

Para mas informacion de las reglas de privacidad de HIPAA y los requisitos de Avisos visite:

<http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/coveredentities/notice.html>

- Una entidad asegurada debe de hacer sus avisos disponibles a cual quier persona que solicite.
- Una entidad asegurada debe de hacer sus avisos en cual quier pagina de internet que mantiene y que provee informacion de sus servicios al cliente o beneficios prominentemente visible y disponible

**** Notice to employees ****

Group health plans sponsored by State and local governmental employers must generally comply with Federal law requirements in title XXVII of the Public Health Service Act. However, these employers are permitted to elect to exempt a plan from the requirements listed below for any part of the plan that is "self-funded" by the employer, rather than provided through a health insurance policy. (Name of plan sponsor) has elected to exempt (name of plan) from (all) (or specify which ones) of the following requirements:

1. Protection against limiting hospital stays in connection with the birth of a child to less than 48 hours for a vaginal delivery, and 96 hours for a cesarean section.
2. Protections against having benefits for mental health and substance use disorders be subject to more restrictions than apply to medical and surgical benefits covered by the plan.
3. Certain requirements to provide benefits for breast reconstruction after a mastectomy.
4. Continued coverage for up to one year for a dependent child who is covered as a dependent under the plan solely based on student status, who takes a medically necessary leave of absence from a postsecondary educational institution. The exemption from these Federal requirements will be in effect for the (plan year) (period of plan coverage) beginning (specify date) and ending (specify date). The election may be renewed for subsequent plan years.

[If the Plan provides protections similar to any of the exempted requirements, either voluntarily or in accordance with State law, those protections may be identified.]

**** Aviso al empleado ****

Planes de atención médica para grupos de empleadores fundados por el gobierno estatal y local generalmente deben conformarse a los requisitos de la ley federal de **Title XXVII Public Health Service Act**. Sin embargo, a estos empleadores se les permite elegir a exceptuar un plan de los requisitos enumerados en la siguiente lista si tienen alguna parte del plan que es fundado por el empleador en vez de ser fundado por una póliza de seguros.

1. Protección contra ser limitada la estancia en un hospital en conexión el nacimiento de un hijo(a) a menos de 48 horas para un parto vaginal, y 96 horas para cesaría.
2. Protección contra el tener beneficios para salud mental y trastorno por consumo de sustancias y ser sujetos a más restricciones que le aplican a los beneficios médicos y quirúrgicos cubierta por el mismo plan.
3. Ciertos requisitos que proveen beneficios para reconstrucción de senos después de una mastectomía.
4. Cubertura continuado hasta un año por un depende que está asegurado como depende bajo el plan exclusivamente por ser estudiante, que toma una ausencia médica necesaria de una institución de enseñanza postsecundaria. The exemption from these Federal requirements will be in effect for the (plan year) (period of plan coverage) beginning (specify date) and ending (specify date). The election may be renewed for subsequent plan years.

[Si el Plan provee protecciones similares a cualquiera de los requisitos exentos, sean voluntarios o en acuerdo con la ley estatal, estas protecciones pueden ser identificadas.]

**** Notice to employees ****

Your health plan is committed to helping you achieve your best health. Rewards for participating in a wellness program are available to all employees. If you think you might be unable to meet a standard for a reward under this wellness program, you might qualify for an opportunity to earn the same reward by different means. Contact us at [insert contact information] and we will work with you (and, if you wish, with your doctor) to find a wellness program with the same reward that is right for you in light of your health status.

**** Aviso al empleado ****

Su plan de salud está comprometido a ayudarle alcanzar su mejor salud. Recompensas por participar en el programa de bienestar está disponible a todos los empleados. Si usted siente que no podrá cumplir el estándar que se requiere para recibir una recompensa bajo el programa de bienestar, usted puede calificar para una oportunidad de recibir la misma recompensa de otras maneras. Contáctenos a (insert) y le ayudaremos (si gusta juntos con su doctor) a encontrar un programa de bienestar con las mismas recompensas que sean adecuadas a su salud.

**** Notice to employees ****

This is a summary of the annual report of the (name of plan, EIN and type of welfare plan) for (period covered by this report). The annual report has been filed with the Employee Benefits Security Administration, as required under the Employee Retirement Income Security Act of 1974 (ERISA).

[If any benefits under the plan are provided on an uninsured basis:]

(Name of sponsor) has committed itself to pay (all, certain) (state type of) claims incurred under the terms of the plan.

[If any of the funds are used to purchase insurance contracts:]

Insurance Information

The plan has (a) contract(s) with (name of insurance carrier(s)) to pay (all, certain) (state type of) claims incurred under the terms of the plan. The total premiums paid for the plan year ending (date) were (\$_____).

[If applicable add:]

Because (it is a) (they are) so called "experience-rated" contract(s), the premium costs are affected by, among other things, the number and size of claims. Of the total insurance premiums paid for the plan year ending (date), the premiums paid under such "experience-rated" contract(s) were (\$) and the total of all benefit claims paid under the(se) experience-rated contract(s) during the plan year was (\$).

[If any funds of the plan are held in trust or in a separately maintained fund:]

Basic financial statement

The value of plan assets, after subtracting liabilities of the plan, was (\$) as of (the end of plan year), compared to (\$) as of (the beginning of the plan year). During the plan year the plan experienced an (increase) (decrease) in its net assets of (\$). This (increase) (decrease) includes unrealized appreciation and depreciation in the value of plan assets; that is, the difference between the value of the plan's assets at the end of the year and the value of the assets at the beginning of the year or the cost of assets acquired during the year. During the plan year, the plan had total income of (\$) including employer contributions of (\$), employee contributions of (\$), realized (gains) (losses) of (\$) from the sale of assets, and earnings from investments of (\$). Plan expenses were (\$). These expenses included (\$) in administrative expenses, (\$) in benefits paid to participants and beneficiaries, and (\$) in other expenses.

Your Rights to Additional Information

You have the right to receive a copy of the full annual report, or any part thereof, on request. The items listed below are included in that report: [Note—list only those items which are actually included in the latest annual report].

1. an accountant's report;
2. financial information and information on payments to service providers;
3. assets held for investment;
4. fiduciary information, including non-exempt transactions between the plan and parties-in-interest (that is, persons who have certain relationships with the plan);
5. loans or other obligations in default or classified as uncollectible;
6. leases in default or classified as uncollectible;
7. transactions in excess of 5 percent of the plan assets;
8. insurance information including sales commissions paid by insurance carriers; and
9. information regarding any common or collective trusts, pooled separate accounts, master trusts or 103-12 investment entities in which the plan participates.

To obtain a copy of the full annual report, or any part thereof, write or call the office of (name), who is (state title: e.g., the plan administrator), (business address and telephone number). The charge to cover copying costs will be (\$) for the full annual report, or (\$) per page for any part thereof.

You also have the right to receive from the plan administrator, on request and at no charge, a statement of the assets and liabilities of the plan and accompanying notes, or a statement of income and expenses of the plan and accompanying notes, or both. If you request a copy of the full annual report from the plan administrator, these two statements and accompanying notes will be included as part of that report. The charge to cover copying costs given above does not include a charge for the copying of these portions of the report because these portions are furnished without charge.

You also have the legally protected right to examine the annual report at the main office of the plan (address), (at any other location where the report is available for examination), and at the U.S. Department of Labor in Washington, D.C. or to obtain a copy from the U.S. Department of Labor upon payment of copying costs. Requests to the Department should be addressed to: Public Disclosure Room, Room N-1513, Employee Benefits Security Administration, U.S. Department of Labor, 200 Constitution Avenue, N.W., Washington, D.C. 20210.

**** Aviso al empleado ****

Este es un sumario de informe anual de (nombre del plan, EIN y tipo de plan de welfare) para (tiempo asegurado por este informe). El informe anual ha sido archivado con el Employee Benefits Security Administration (Administración de seguridad de beneficios al empleado) como se requiere bajo el Employee Retirement Income Security Act de 1974 (ERISA).

[Si cualquier beneficio bajo este plan es previsto bajo un plan sin seguro]

(nombre del patrocinador) se ha comprometido a pagar (todo, cierto) (estado, tipo) de reclamo bajo los términos del plan.

[Si cualquiera de los fondos son usados para comprar contratos de seguro]

Información de Seguro

El plan tiene un contrato(s) con (nombre de la compañía de aseguradora(s)) de pagar (todo, ciertos) (estado, tipo) de reclamos bajo los términos del plan. El total de primas pagadas para el fin del año del plan fueron (\$).

Estado Financiero Básico

El valor de los bienes del plan, restando las deudas del plan, fue (\$) al fin del año (year end), comparado a (\$) en principio del año. Durante el año del plan, el plan (aumento) (disminuyó) en sus bienes de (\$). Este (aumento) (reducción) incluye valorizaciones y depreciaciones aún no realizadas en el valor de los bienes del plan; eso es, la diferencia entre el valor de los bienes del plan al fin del año y el valor de los bienes del plan al principio del año o el costo de los bienes adquiridos durante el año. Durante el año del plan, el plan tuvo un ingreso total de (\$) incluyendo contribuciones del empleador de (\$), contribuciones de los empleados de (\$), ganancias y pérdidas realizadas de (\$) de la venta de los bienes, y ingresos e inversiones de (\$). Los gastos del plan fueron (\$). Esos gastos incluyen (\$) en gastos de administración, (\$) en beneficios pagados a participantes y beneficiarios, y (\$) en otros gastos.

Sus Derechos a Información Adicional

Usted tiene el derecho a recibir una copia del informe anual entero si lo solicita. La siguiente lista de artículos está incluida en ese informe.

1. Informe de contabilidad de un contador
2. Información financiera e información de los pagos hechos a proveedores de servicios.
3. Bienes mantenidos para inversión.
4. Información fiduciaria, incluyendo transacciones no exentas entre el plan y las personas que tienen conexión al plan.
5. Préstamos u otras obligaciones en mora o clasificados como incobrables.
6. Arrendamientos en mora o clasificados como incobrables.
7. Transacciones en exceso de 5 por ciento de los bienes del plan.
8. Información de seguro incluye comisiones de ventas pagadas por vendedores de seguro; y
9. Información con respecto a fideicomisos comunes o colectivos, cuentas separadas agrupadas, fideicomisos o 103-12 entidades de inversión en el cual el plan participa.

Para obtener una copia del informe anual, o parte de, escriba o llame la oficina de (name), quien es (state title: eg, the plan administrator), (business address and telephone number). El costo de hacer copias será (\$) para el informe anual o (\$) por página si solamente desea porciones del informe anual.

También tiene el derecho a recibir del administrador del plan, en solicitud y sin cargo, un extracto de bienes y obligaciones del plan y notas financieras, o un extracto de ingresos y gastos del plan y de las notas financieras, o ambas. Si usted solicita una copia del informe anual entero del administrador del plan, estos dos extractos y notas financieras serán incluidas como parte del informe. El costo de hacer copias referenciadas previamente no incluyen el costo de las copias por esta porción del informe porque han sido previstas sin cargo.

También tiene el derecho legal a examinar el informe anual en la oficina central del plan (address), (a cualquier otra localidad donde el informe es disponible para examinación), y en el U.S. Department of Labor en Washington, D.C. o obtener una copia del U.S. Department of Labor al pagar los costos de las copias. Solicitaciones al departamento deben ser dirigidas a:

Public Disclosure Room, Room N-1513, Employee Benefits Security Administration, U.S. Department of Labor, 200 Constitution Avenue, N.W., Washington, D.C. 20210.

CHIPRA STATE PREMIUM ASSISTANCE NOTICE

**** Notice to employees ****

Premium Assistance Under Medicaid and the Children's Health Insurance Program (CHIP)

If you or your children are eligible for Medicaid or CHIP and you are eligible for health coverage from your employer, your State may have a premium assistance program that can help pay for coverage. These States use funds from their Medicaid or CHIP programs to help people who are eligible for these programs, but also have access to health insurance through their employer. If you or your children are not eligible for Medicaid or CHIP, you will not be eligible for these premium assistance programs.

If you or your dependents are already enrolled in Medicaid or CHIP and you live in a State listed below, you can contact your State Medicaid or CHIP office to find out if premium assistance is available.

If you or your dependents are NOT currently enrolled in Medicaid or CHIP, and you think you or any of your dependents might be eligible for either of these programs, you can contact your State Medicaid or CHIP office or dial **1-877-KIDS NOW** or **www.insurekidsnow.gov** to find out how to apply. If you qualify, you can ask the State if it has a program that might help you pay the premiums for an employer-sponsored plan.

Once it is determined that you or your dependents are eligible for premium assistance under Medicaid or CHIP, as well as eligible under your employer plan, your employer must permit you to enroll in your employer plan if you are not already enrolled. This is called a "special enrollment" opportunity, and **you must request coverage within 60 days of being determined eligible for premium assistance**. If you have questions about enrolling in your employer plan, you can contact the Department of Labor electronically at www.askebsa.dol.gov or by calling toll-free 1-866-444-EBSA (3272).

If you live in one of the following States, you may be eligible for assistance paying your employer health plan premiums. The following list of States is current as of July 31, 2014. You should contact your State for further information on eligibility –

ALABAMA – Medicaid	COLORADO – Medicaid
Website: http://www.medicaid.alabama.gov	Medicaid Website: http://www.colorado.gov/
Phone: 1-855-692-5447	Medicaid Phone (In state): 1-800-866-3513
ALASKA – Medicaid	Medicaid Phone (Out of state): 1-800-221-3943
Website: http://health.hss.state.ak.us/dpa/programs/medicaid/	
Phone (Outside of Anchorage): 1-888-318-8890	
Phone (Anchorage): 907-269-6529	
ARIZONA – CHIP	FLORIDA – Medicaid
Website: http://www.azahcccs.gov/applicants	Website: https://www.flmedicaidprecovery.com/
	Phone: 1-877-357-3268
Phone (Outside of Maricopa County): 1-877-764-5437	GEORGIA – Medicaid
Phone (Maricopa County): 602-417-5437	Website: http://dch.georgia.gov/
	Click on Programs, then Medicaid, then Health Insurance Premium Payment (HIPP)
	Phone: 1-800-869-1150
IDAHO – Medicaid and CHIP	MONTANA – Medicaid
Medicaid	Website: http://medicaidprovider.hhs.mt.gov/clientpages/clientindex.shtml
Website: www.accesstohealthinsurance.idaho.gov	
Medicaid Phone: 1-800-926-2588	Phone: 1-800-694-3084
CHIP Website: www.medicaid.idaho.gov	
CHIP Phone: 1-800-926-2588	
INDIANA – Medicaid	NEBRASKA – Medicaid

Website: http://www.in.gov/fssa Phone: 1-800-889-9949	Website: www.ACCESSNebraska.ne.gov Phone: 1-800-383-4278
IOWA – Medicaid	NEVADA – Medicaid
Website: www.dhs.state.ia.us/hipp/ Phone: 1-888-346-9562	Medicaid Website: http://dwss.nv.gov/ Medicaid Phone: 1-800-992-0900
KANSAS – Medicaid	
Website: http://www.kdheks.gov/hcf/ Phone: 1-800-792-4884	
KENTUCKY – Medicaid	NEW HAMPSHIRE – Medicaid
Website: http://chfs.ky.gov/dms/default.htm Phone: 1-800-635-2570	Website: http://www.dhhs.nh.gov/oii/documents/hippapp.pdf Phone: 603-271-5218
LOUISIANA – Medicaid	NEW JERSEY – Medicaid and CHIP
Website: http://www.lahipp.dhh.louisiana.gov Phone: 1-888-695-2447	Medicaid Website: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Medicaid Phone: 1-800-356-1561 CHIP Website: http://www.njfamilycare.org/index.html CHIP Phone: 1-800-701-0710
MAINE – Medicaid	
Website: http://www.maine.gov/dhhs/ofi/public-assistance/index.html Phone: 1-800-977-6740 TTY 1-800-977-6741	
MASSACHUSETTS – Medicaid and CHIP	NEW YORK – Medicaid
Website: http://www.mass.gov/MassHealth Phone: 1-800-462-1120	Website: http://www.nyhealth.gov/health_care/medicaid/ Phone: 1-800-541-2831
MINNESOTA – Medicaid	NORTH CAROLINA – Medicaid
Website: http://www.dhs.state.mn.us/ Click on Health Care, then Medical Assistance Phone: 1-800-657-3629	Website: http://www.ncdhhs.gov/dma Phone: 919-855-4100
MISSOURI – Medicaid	NORTH DAKOTA – Medicaid
Website: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Phone: 573-751-2005	Website: http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/ Phone: 1-800-755-2604
OKLAHOMA – Medicaid and CHIP	UTAH – Medicaid and CHIP
Website: http://www.insureoklahoma.org Phone: 1-888-365-3742	Website: http://health.utah.gov/upp Phone: 1-866-435-7414
OREGON – Medicaid and CHIP	VERMONT– Medicaid
Website: http://www.oregonhealthykids.gov http://www.hijossaludablesoregon.gov Phone: 1-800-699-9075	Website: http://www.greenmountaincare.org/ Phone: 1-800-250-8427
PENNSYLVANIA – Medicaid	VIRGINIA – Medicaid and CHIP
Website: http://www.dpw.state.pa.us/hipp Phone: 1-800-692-7462	Medicaid Website: http://www.dmas.virginia.gov/rcp-HIPP.htm Medicaid Phone: 1-800-432-5924

	CHIP Website: http://www.famis.org/ CHIP Phone: 1-866-873-2647
RHODE ISLAND – Medicaid Website: www.ohhs.ri.gov Phone: 401-462-5300	WASHINGTON – Medicaid Website: http://hrsa.dshs.wa.gov/premiumpymt/Apply.shtm Phone: 1-800-562-3022 ext. 15473
SOUTH CAROLINA – Medicaid Website: http://www.scdhhs.gov Phone: 1-888-549-0820	WEST VIRGINIA – Medicaid Website: www.dhhr.wv.gov/bms/ Phone: 1-877-598-5820, HMS Third Party Liability
SOUTH DAKOTA - Medicaid Website: http://dss.sd.gov Phone: 1-888-828-0059	WISCONSIN – Medicaid Website: http://www.badgercareplus.org/pubs/p-10095.htm Phone: 1-800-362-3002
TEXAS – Medicaid Website: https://www.gethipptexas.com/ Phone: 1-800-440-0493	WYOMING – Medicaid Website: http://health.wyo.gov/healthcarefin/equalitycare Phone: 307-777-7531

To see if any more States have added a premium assistance program since July 31, 2014, or for more information on special enrollment rights, you can contact either:

U.S. Department of Labor
Employee Benefits Security Administration
www.dol.gov/ebsa
1-866-444-EBSA (3272)

U.S. Department of Health and Human Services
Centers for Medicare & Medicaid Services
www.cms.hhs.gov
1-877-267-2323, Ext. 61565

OMB Control Number 1210-0137 (expires 10/31/2016)

**** Aviso al empleado ****

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. Estos estados utilizan fondos de sus programas Medicaid o CHIP para ayudar a personas que son elegibles para estos programas, pero que también tienen acceso a un seguro médico a través de su empleador. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, usted no será elegible para estos programas de asistencia con las primas.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y usted vive en uno de los estados enumerados a continuación, puede comunicarse 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, puede comunicarse con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado, llamar al **1-877-KIDS NOW** o visitar **www.insurekidsnow.gov** para información sobre como presentar su solicitud. Si usted es elegible, puede preguntarle al estado si tiene un programa que pueda ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Una vez que se determine que usted o sus dependientes son elegibles para asistencia con primas bajo Medicaid o CHIP, así como que son elegibles bajo el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan de su empleador, si usted ya 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, puede comunicarse con el Departamento del Trabajo electrónicamente a través de **www.askebsa.dol.gov** o llame al servicio telefónico gratuito 1-866-444-EBSA (3272).

Si usted vive en uno de los siguientes estados, tal vez sea elegible para asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente es una lista de estados actualizada al 31 de julio de 2014. Usted debe comunicarse con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad -

ALABAMA – Medicaid	COLORADO – Medicaid
Sitio web: http://www.medicaid.alabama.gov Teléfono: 1-855-692-5447	Sitio web de Medicaid: http://www.colorado.gov/ Teléfono de Medicaid (en estado): 1-800-866-3513 Medicaid Phone (fuera de estado): 1-800-221-3943
ALASKA – Medicaid	FLORIDA – Medicaid
Sitio web: http://health.hss.state.ak.us/dpa/programs/medicaid/ Teléfono (Fuera de Anchorage): 1-888-318-8890 Teléfono (Anchorage): 907-269-6529	Sitio web: https://www.flmedicaidtprerecovery.com/ Teléfono: 1-877-357-3268
ARIZONA – CHIP	GEORGIA – Medicaid
Sitio web: http://www.azahcccs.gov/applicants Teléfono (Fuera de Condado Maricopa): 1-877-764-5437 Teléfono (en Condado Maricopa): 602-417-5437	Sitio web: http://dch.georgia.gov/ Haga clic en “Programs,” luego en “Medicaid,” luego en “Health Insurance Premium Payment (HIPP)” Teléfono: 1-800-869-1150
IDAHO – Medicaid and CHIP	MONTANA – Medicaid
Medicaid Website: www.accesstohealthinsurance.idaho.gov	Website: http://medicaidprovider.hhs.mt.gov/clientpages/

Medicaid Phone: 1-800-926-2588 CHIP Website: www.medicaid.idaho.gov CHIP Phone: 1-800-926-2588	clientindex.shtml Phone: 1-800-694-3084
INDIANA – Medicaid	NEBRASKA – Medicaid
Sitio web: http://www.in.gov/fssa Teléfono: 1-800-889-9949	Sitio web: www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-800-383-4278
IOWA – Medicaid	NEVADA – Medicaid
Sitio web: www.dhs.state.ia.us/hipp/ Teléfono: 1-888-346-9562	Sitio web de Medicaid: http://dwss.nv.gov/ Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900
KANSAS – Medicaid	
Sitio web: http://www.kdheks.gov/hcf/ Teléfono: 1-800-792-4884	
KENTUCKY – Medicaid	NUEVO HAMPSHIRE – Medicaid
Sitio web: http://chfs.ky.gov/dms/default.htm Teléfono: 1-800-635-2570	Sitio web: http://www.dhhs.nh.gov/oii/documents/hippapp.pdf Teléfono: 603-271-5218
LOUISIANA – Medicaid	NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP
Sitio web: http://www.lahipp.dhh.louisiana.gov Teléfono: 1-888-695-2447	Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Teléfono de Medicaid: 1-800-356-1561 Sitio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710
MAINE – Medicaid	
Sitio web: http://www.maine.gov/dhhs/of/public-assistance/index.html Teléfono: 1-800-977-6740 TTY: 1-800-977-6741	
MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP	NUEVA YORK – Medicaid
Sitio web: http://www.mass.gov/MassHealth Teléfono: 1-800-462-1120	Sitio web: http://www.nyhealth.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831
MINNESOTA – Medicaid	CAROLINA DEL NORTE – Medicaid
Sitio web: http://www.dhs.state.mn.us/ Haga clic en "Health Care" y luego en "Medical Assistance" Teléfono: 1-800-657-3629	Sitio web: http://www.ncdhhs.gov/dma Teléfono: 919-855-4100
MISSOURI – Medicaid	DAKOTA DEL NORTE – Medicaid
Sitio web: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005	Sitio web: http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/ Teléfono: 1-800-755-2604
OKLAHOMA – Medicaid y CHIP	UTAH – Medicaid y CHIP
Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742	Sitio web: http://health.utah.gov/upp Teléfono: 1-866-435-7414
OREGON – Medicaid y CHIP	VERMONT– Medicaid

Sitio web: http://www.oregonhealthykids.gov http://www.hijosaludablesoregon.gov Teléfono: 1-800-699-9075	Sitio web: http://www.greenmountaincare.org/ Teléfono: 1-800-250-8427
PENSILVANIA – Medicaid	VIRGINIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: http://www.dpw.state.pa.us/hipp Teléfono: 1-800-692-7462	Sitio web de Medicaid: http://www.dmas.virginia.gov/rcp-HIPP.htm Teléfono de Medicaid: 1-800-432-5924 Sitio web de CHIP: http://www.famis.org/ Teléfono de CHIP: 1-866-873-2647
RHODE ISLAND – Medicaid	WASHINGTON – Medicaid
Sitio web: www.ohhs.ri.gov Teléfono: 401-462-5300	Sitioweb: http://hrsa.dshs.wa.gov/premiumpymt/Apply.shtm Teléfono: 1-800-562-3022 ext. 15473
CAROLINA DEL SUR – Medicaid	WEST VIRGINIA – Medicaid
Sitio web: http://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820	Sitio web: www.dhhr.wv.gov/bms/ Teléfono: 1-877-598-5820, HMS Third Party Liability
DAKOTA DEL SUR- Medicaid	WISCONSIN – Medicaid
Sitio web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059	Sitio web: http://www.badgercareplus.org/pubs/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002
TEXAS – Medicaid	WYOMING – Medicaid
Sitio web: https://www.gethipptexas.com/ Teléfono: 1-800-440-0493	Sitio web: http://health.wyo.gov/healthcarefin/equalitycare Teléfono: 307-777-7531

Para saber si otros estados han agregado el programa de asistencia con primas desde el 31 de julio, 2014, 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/ebsa
1-866-444-EBSA (3272)

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

Número de Control de OMB 1210-0137 (vence el 31 de Octubre, 2016)