Su NORTH CAROLINA STATE HEALTH PLAN

GUÍA PARA TOMAR DECISIONES SOBRE LA INSCRIPCIÓN ABIERTA 2020

DEL 2 AL 19 DE NOVIEMBRE DE 2019

Como tesorero del estado, me he comprometido a preservar y proteger el State Health Plan para las personas que educan, ofrecen protección y prestan servicios. Este año, con el Clear Pricing Project, el objetivo era el de acabar con los contratos secretos, reducir los costos médicos y, fundamentalmente, reducir las primas para las familias. Todo esto se hizo con el propósito de afrontar el aumento en los costos de la atención médica que usted y su familia enfrentan todos los días. En el 2020, los miembros seguirán teniendo acceso a la misma amplia red de proveedores en todo el estado que disfrutan hoy. El Plan seguirá luchando a favor de la transparencia y los costos más bajos. Le recomiendo que revise sus opciones en la Guía de decisiones y que seleccione la mejor opción de beneficios para usted y su familia.

Dale R. Folwell, CPA • *Tesorero del estado*

North Carolina State Health Plan
FOR TEACHERS AND STATE EMPLOYEES
A Division of the Department of State Treasurer

Dale R. Folwell, CPA
State Treasurer of North Carolina
Dale R. Folwell, CPA

INSCRIPCIÓN ABIERTA

Es el momento para analizar su cobertura actual y decidir cuál es la opción de plan médico que mejor se adapta a las necesidades que tendrá en 2020. Consulte nuestra sección especial sobre el Clear Pricing Project y nuestra nueva red del North Carolina State Health Plan.

¡MEDIDAS REQUERIDAS! A todos los miembros se los inscribirá automáticamente en el Plan 70/30, que tendrá una prima solo para empleados de $85. Usted puede reducir $60 de la prima y tener una prima solo para empleados de $25 completando la declaración de consumo de tabaco.

Los miembros que quieran inscribirse en el Plan 80/20 o que quieran completar la declaración de consumo de tabaco para reducir sus primas mensuales en el Plan 80/20 o en el Plan 70/30 tendrán que **hacerlo** durante el período de inscripción abierta. Este proceso ha mejorado desde el año pasado.

NOTICIAS IMPORTANTES PARA EL 2020

- **Estará disponible la MISMA red de proveedores en el 2020 que en el 2019.**
- **Por segundo año consecutivo, ¡se congelaron las primas para el 2020! Consulte las tarifas en la página 6.**
- **El Plan 70/30 tiene varios cambios:**
  - Se cubrirán los *servicios preventivos* en un 100 % (se han eliminado los copagos).
  - Se redujo el copago del proveedor de atención primaria (PCP) **DE** $45 a $30 cuando visita al PCP que se indica en su tarjeta de identificación.
  - Se combinarán los deducibles, los copagos y los coseguros médicos y de farmacia en un gasto máximo de su bolsillo para hacerlo más simple para el miembro.
  - Consulte la página 4 para ver los deducibles y algunos copagos que cambiarán.
- **El Plan 80/20 se mantiene igual y sin cambios para los gastos de bolsillo.**

Las decisiones que tome durante el período de inscripción abierta comprenden los beneficios del 1.º de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2020. Una vez que elija su plan de beneficios, no podrá cambiar de plan hasta el próximo período de inscripción abierta. El tipo de cobertura que elija (por ejemplo, solo para empleados) tendrá vigencia hasta el próximo año de beneficios, a menos que ocurra un acontecimiento habilitante. Se incluye una lista de acontecimientos habilitantes en su Folleto de beneficios, disponible en el sitio web del State Health Plan: **www.shpnc.org**.

RED DEL NORTH CAROLINA STATE HEALTH PLAN DE 2020

El Clear Pricing Project se desarrolló para asegurar el futuro financiero del Plan y para fomentar una atención médica de calidad y asequible. Esta iniciativa tuvo el objetivo de asegurar que los miembros tengan este beneficio valioso durante los próximos años, que al mismo tiempo logra la transparencia de los gastos de la atención médica y trata los aumentos en los costos médicos que usted y su familia enfrentan todos los días.

Esta iniciativa resultó en la asociación de más de 25,000 proveedores con el Plan por su atención médica transparente y asequible. En el futuro, el Plan destacará a los proveedores que respalden la transparencia y la celebración de contratos no secretos. Sin embargo, ningún hospital importante estuvo dispuesto a asociarse con el Plan. Sus exigencias de contratos secretos y costos más altos impidieron que el Plan pudiera reducir efectivamente las primas familiares para el 2020.

Para garantizar que los miembros sigan teniendo acceso a una amplia red de proveedores en todo el estado, se decidió que continuarán teniendo acceso a la **MISMA** red que usted tiene disponible hoy, además de aquellos proveedores que se comprometieron a establecer precios transparentes.

¿Qué significa esto para los miembros?

- **Usted y su familia tendrán acceso a la MISMA red de proveedores que tienen hoy, llamada Blue Options y administrada por Blue Cross NC.**
- **Esto incluye una cobertura en todo el estado y todos los hospitales. También, incluye la red nacional Blue Cross NC.**
- **El objetivo para el 2020 fue REDUCIR las primas familiares. Sin embargo, el Plan solo pudo mantener las primas estables, ya que los hospitales más importantes de Carolina del Norte no acordaron lograr la transparencia ni se unieron a nuestra iniciativa de reducir los costos de atención médica.**

Encontrar un proveedor es fácil. Visite **www.shpnc.org** y haga clic en "Find a Doctor" (Buscar un médico). Esta herramienta de búsqueda le permite encontrar a un proveedor por nombre, ubicación o especialidad.

UN PANORAMA GENERAL DE SUS OPCIONES PARA EL 2020

Para el 2020, el State Health Plan ofrecerá dos planes Preferred Provider Organization (Organización de Proveedores Preferidos o PPO) a través de Blue Cross and Blue Shield of North Carolina (Blue Cross NC). A modo de recordatorio, Blue Cross NC es el administrador externo para la red del North Carolina State Health Plan. Ellos procesan los reclamos médicos y ofrecen una red de proveedores, pero los contribuyentes, como usted, pagan por su cobertura.

EL PLAN 70/30

- **El Plan 70/30 es un plan PPO en el que usted paga un coseguro del 30 % por los gastos elegibles dentro de la red después de alcanzar su deducible.** Para algunos servicios (p. ej., visitas en consultorios, atención de urgencia o atención en la sala de emergencias), usted paga un copago.
- **¡Ahora los servicios preventivos que preste un proveedor dentro de la red están cubiertos al 100 %!** Esto significa que, para sus próximos exámenes preventivos o físicos anuales, **NO HABRÁ COPAGO PARA ESOS SERVICIOS.**
- **El máximo de gastos de bolsillo del Plan 70/30 ha cambiado de una cantidad de gastos de bolsillo por servicios médicos y farmacéuticos por separado a una cantidad máxima de gastos de bolsillo por servicios médicos y farmacéuticos combinados, que en total es de $5,900 (dentro de la red/individual).** Esto significa que una vez que usted alcanza esta cantidad, el beneficio de su Plan pagará el 100 % de los gastos cubiertos para el resto del año de beneficios.
- **La lista de los medicamentos cubiertos se actualiza de forma trimestral, por lo tanto, la cobertura de medicamentos puede sufrir cambios.** Ha habido cambios en los copagos de los medicamentos con receta. Para conocer más, consulte la información de esta guía.

EL PLAN 80/20

- **El Plan 80/20 es un plan PPO en el que usted paga un coseguro del 20 % por los servicios elegibles dentro de la red después de alcanzar su deducible.**Para algunos servicios (p. ej., visitas en consultorios, atención de urgencia o atención en la sala de emergencias), usted paga un copago.
- **Los servicios preventivos que preste un proveedor dentro de la red están cubiertos al 100 %.**
- **El Plan 80/20 tiene una cantidad máxima de gastos de bolsillo por servicios médicos y farmacéuticos combinados que en total es de $4,890 (dentro de la red/individual).** Esto significa que una vez que usted alcanza esta cantidad, el beneficio de su Plan pagará el 100 % de los gastos cubiertos para el resto del año de beneficios.
- **El Plan 80/20 no tiene cambios en los beneficios para los beneficios anuales de 2020.** La lista de los medicamentos cubiertos se actualiza de forma trimestral, por lo tanto, la cobertura de medicamentos puede sufrir cambios.

Reduzca el copago de su proveedor de atención primaria con los Planes 70/30 y 80/20.

*Ahora puede ahorrar dinero con los Planes 70/30 y 80/20 cuando visite a su proveedor de atención primaria (o consulte a otro proveedor en el consultorio de su PCP). En el Plan 70/30, su copago se **REDUCIRÁ** de $45 a $30. En el Plan 80/20, su copago se **REDUCIRÁ** de $25 a $10.*

Estos planes PPO le permiten contar con la flexibilidad de visitar a cualquier proveedor dentro o fuera de la red y recibir beneficios; sin embargo, usted paga menos cuando visita un proveedor dentro de la red. Conozca más detalles sobre cada plan en la página siguiente.

COMPARACIÓN DEL STATE HEALTH PLAN PARA EL 2020

LO QUE USTED PAGA				
CARACTERÍSTICAS DEL DISEÑO DEL PLAN	PLAN 80/20		PLAN 70/30	
	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
Deducible anual	$1,250 (individual) $3,750 (familiar)	$2,500 (individual) $7,500 (familiar)	$1,500 (individual) $4,500 (familiar)	$3,000 (individual) $9,000 (familiar)
Coseguro	20 % de los gastos elegibles después de alcanzar el deducible	40 % de los gastos elegibles después de alcanzar el deducible y la diferencia entre la cantidad permitida y el cargo	30 % de los gastos elegibles después de alcanzar el deducible	50 % de los gastos elegibles después de alcanzar el deducible y la diferencia entre la cantidad permitida y el cargo
Gasto máximo de bolsillo (por servicios médicos y farmacéuticos combinados)	$4,890 (individual) $14,670 (familiar)	$9,780 (individual) $29,340 (familiar)	$5,900 (individual) $16,300 (familiar)	$11,800 (individual) $32,600 (familiar)
Servicios preventivos	$0 (el Plan cubre el 100 %)	Según el servicio	$0 (el Plan cubre el 100 %)	Según el servicio
Visitas en consultorios	$25 por médico primario; $10 si utiliza el PCP que indica su tarjeta de identificación; $80 por un especialista	40 % después de alcanzar el deducible	$45 por médico primario; $30 si utiliza el PCP que indica su tarjeta de id; $94 por un especialista	50 % después de alcanzar el deducible
Atención de urgencia	$70		$100	
Sala de emergencia (Exento de copago con internación o estancia en observación)	Copago de $300, luego 20 % después de alcanzar el deducible		Copago de $337, luego 30 % después de alcanzar el deducible	
Hospitalización	Copago de $300, luego 20 % después de alcanzar el deducible Copago de $300 fuera de la red, luego 40 % después de alcanzar el deducible		Copago de $337, luego 30 % después de alcanzar el deducible Copago de $337 fuera de la red, luego 50% después de alcanzar el deducible	
Nivel 1 (medicamentos genéricos)	Copago de $5 por un suministro para 30 días		Copago de $16 por un suministro para 30 días	
Nivel 2 (medicamentos de marca preferidos y genéricos de costo alto)	Copago de $30 por un suministro para 30 días		Copago de $47 por un suministro para 30 días	
Nivel 3 (medicamentos de marca no preferidos)	Deducible/coseguro		Deducible/coseguro	
Nivel 4 (medicamentos genéricos de especialidad de bajo costo)	Copago de $100 por un suministro para 30 días		Copago de $200 por un suministro para 30 días	
Nivel 5 (medicamentos de especialidad de marca preferidos)	Copago de $250 por un suministro para 30 días		Copago de $350 por un suministro para 30 días	
Nivel 6 (medicamentos de especialidad de marca no preferidos)	Deducible/coseguro		Deducible/coseguro	
Suministros de pruebas de marca preferidos para diabéticos*	Copago de $5 por un suministro para 30 días		Copago de $10 por un suministro para 30 días	
Medicamentos preventivos	$0 (el Plan cubre el 100 %)		$0 (el Plan cubre el 100 %)	

*La marca preferida de las tiras de prueba es OneTouch. Los suministros de análisis de diabetes no preferidos se consideran copagos de Nivel 3.

El State Health Plan utiliza un formulario personalizado cerrado (lista de medicamentos). El formulario indica los medicamentos que no están cubiertos por el Plan. Todos los demás medicamentos que figuran en la lista de medicamentos se agrupan por niveles. El nivel de su medicamento determina la parte del costo de este que usted debe pagar.

Los miembros del Plan que, por indicación de su proveedor, tienen la necesidad médica de seguir tomando un medicamento excluido o no cubierto pueden seguir un proceso de excepción a la exclusión de la lista de medicamentos. **Si un miembro recibe la aprobación para el medicamento excluido, dicho medicamento se incluirá en el Nivel 3 o el Nivel 6 y el miembro deberá pagar el costo compartido aplicable.**

Una vez que alcance su deducible, será responsable por la cantidad del coseguro hasta que alcance el gasto máximo de su bolsillo. La mayoría de las veces, en el caso de los medicamentos que están sujetos a un coseguro, los gastos de bolsillo serán más altos para los miembros. Le recomendamos que hable con su proveedor sobre las opciones de medicamentos genéricos para ahorrar dinero.

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

Sobre los planes 80/20 y 70/30: Los medicamentos no preferidos del Nivel 3 y el Nivel 6 no tienen un copago definido, pero están sujetos a un deducible/coseguro. ***Esto significa que usted tendrá que pagar el costo completo del medicamento hasta alcanzar el deducible.*** *Esta es una novedad del Plan 70/30 para el 2020.*

RECURSOS DE BENEFICIOS DE FARMACIA

Estas herramientas incluyen información basada en la lista de medicamentos del 2019 y están sujetas a cambios antes del 1.º de enero de 2020.

- **Herramienta de búsqueda de medicamentos:** es una herramienta en línea que le permite buscar un medicamento para saber si tiene cobertura y obtener una estimación del gasto de bolsillo.
- **Lista de medicamentos preferidos:** es una lista con los medicamentos preferidos que indica cuáles son los que requieren una aprobación previa.
- **Lista integral de medicamentos:** lista completa de los medicamentos cubiertos y de su agrupación por niveles.
- **Lista de medicamentos preferidos (planes 70/30 y 80/20):** los medicamentos de esta lista están cubiertos al 100 %, por lo que no tienen ningún costo para usted.
- **Lista de medicamentos de especialidad:** es una lista completa de todos los medicamentos disponibles mediante CVS Specialty. El formulario o lista de medicamentos se actualiza periódicamente a lo largo del año, trimestralmente, por lo que siempre hay una posibilidad de que el estado de cobertura de sus medicamentos cambie, lo que puede afectar sus gastos de bolsillo.
- **Administrador de beneficios de farmacia, CVS Caremark:** es otro recurso valioso mientras toma sus decisiones.

  Para comunicarse con el área de Atención al Cliente de CVS, puede llamar al **888-321-3124,** o iniciar sesión en su cuenta en **www.caremark.com.** Recuerde siempre analizar sus opciones de medicamentos recetados con su proveedor de atención médica para encontrar el tratamiento con la mejor relación costo-beneficio.

SUS PRIMAS MENSUALES

DECLARACIÓN DE CONSUMO DE TABACO

Si completa la declaración de consumo de tabaco, puede obtener un crédito para las primas de bienestar que descontará $60 por mes de su prima mensual. (El crédito para primas de bienestar se aplica únicamente a la prima que es solo para empleados).

	PLAN 80/20	PLAN 70/30
En el momento de la inscripción Prima mensual solo para el suscriptor	$110	$85
**Para obtener un crédito de prima mensual de $60, declare no ser consumidor de tabaco o acuerde visitar una CVS MinuteClinic (antes del 31 de diciembre de 2019) y asistir al menos a una sesión de asesoramiento para dejar de fumar. ¡No es necesario tener un cupón!*	-$60	-$60
Total de la prima mensual solo para empleados (con crédito)	**$50**	**$25**

NOVEDADES PARA EL 2020:

*Los consumidores de tabaco que quieran obtener el crédito de prima mensual deben visitar una CVS MinuteClinic y asistir al menos a una sesión de asesoramiento para dejar de fumar antes del **31 de diciembre de 2019**. Ya no será necesario tener cupones para la visita.*

**** Incluso si completó la declaración de consumo de tabaco durante la inscripción abierta del año pasado, debe declarar otra vez durante el período de inscripción abierta de este año para recibir el crédito de prima de $60 para el año de beneficios del Plan del 2020.***

PRIMAS MENSUALES PARA EL 2020

Las primas mensuales que figuran abajo se aplican únicamente a los suscriptores activos. Las primas mensuales para todos los miembros están en el sitio web del Plan en www.shpnc.org.

TASAS DE LAS PRIMAS MENSUALES PARA EL 2020		
	PLAN 80/20	PLAN 70/30
Solo para suscriptores	**$50.00***	**$25.00***
Suscriptor + hijos	**$305.00**	**$218.00**
Suscriptor + cónyuge	**$700.00**	**$590.00**
Suscriptor + grupo familiar	**$720.00**	**$598.00**

**Requiere que se haya completado la declaración de consumo de tabaco.*

HEALTH INFORMATION EXCHANGE DE CAROLINA DEL NORTE Y USTED

El nuevo sistema Health Information Exchange (Intercambio de Información Médica, HIE) de Carolina del Norte, NC HealthConnex, es un sistema informático seguro para médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica para compartir información que puede mejorar su atención. El sistema enlaza su información médica fundamental de todos sus proveedores de atención médica para crear un único registro médico electrónico del paciente.

La fecha límite para que la mayoría de los proveedores se conecten con NC HealthConnex es el 1 de junio de 2020. Si los proveedores no están conectados para esta fecha, Blue Cross NC, el administrador externo del Plan, rechazará los reclamos de proveedores no conformes por los servicios prestados a los miembros del State Health Plan.

Esto significa que, si visita a un proveedor no conforme después del 1 de junio de 2020, su servicio no estará cubierto, no podrá presentar un reclamo y será responsable de todos los costos. Es importante preguntar a su proveedor si es parte del sistema NC HealthConnex.

NC HealthConnex no es obligatorio para los miembros, quienes pueden optar por no ser parte del sistema. Podrá encontrar más información sobre NC HealthConnex, inclusive las preguntas frecuentes y cómo optar por no participar, en **www.hiea.nc.gov.**

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA EL PERÍODO DE INSCRIPCIÓN ABIERTA

Decida a quién quiere incluir en la cobertura del plan. Si quiere agregar a un dependiente nuevo, deberá dar los números de Seguro Social y se le pedirá que cargue la documentación requerida. Puede resultarle útil recopilar estos documentos, si fueran necesarios, antes de comenzar con el proceso de inscripción.

Visite www.shpnc.org para obtener más información sobre sus beneficios para el 2020. Utilice los recursos que se ofrecen para ayudarlo a tomar una decisión. Encontrará una comparación de planes, videos y Folletos de beneficios.

¡Confirme o elija un proveedor de atención primaria para asegurarse de tener un copago más bajo para las visitas!

Participe en un seminario web sobre el período de inscripción abierta. Estos seminarios web repasarán sus opciones para el 2020, los cambios en los beneficios, y ofrecerán la oportunidad de hacer preguntas. Reserve su lugar en **www.shpnc.org.**

Cuando esté listo para inscribirse o para cambiar de plan, visite www.shpnc.org y haga clic en eBenefits.

Inicie la sesión en el sistema eBenefits. Si es la primera vez que ingresa a eBenefits, es posible que se le solicite crear una cuenta.

- Revise la información sobre sus dependientes y haga los cambios que sean necesarios.
- Elija su plan: Plan 80/20 o Plan 70/30.
- Complete la declaración de consumo de tabaco para reducir su prima mensual.
- Asegúrese de que la información sobre su proveedor de atención primaria esté actualizada.
- Revise los beneficios que seleccionó. Si está satisfecho con las opciones que eligió, se le pedirá que **GUARDE** su inscripción. ¡No se olvide de este paso fundamental!
- Imprima la declaración de confirmación para sus registros.

IMPORTANTE:

Después de elegir las opciones, y de que se muestren en la pantalla para que usted las revise y las imprima, **DEBE** desplazarse hacia abajo y hacer clic en el botón "**SAVE**" (Guardar); de lo contrario, no se guardarán las opciones que haya elegido.

¡Regístrese hoy para el próximo seminario web en www.shpnc.org!

FECHAS DE LOS SEMINARIOS	HORARIOS DE LOS SEMINARIOS
30 de octubre	12:30 p. m. y 4:00 p. m.
5 de noviembre	12:30 p. m. y 4:00 p. m.
7 de noviembre	12:30 p. m. y 4:00 p. m.
13 de noviembre	12:30 p. m. y 4:00 p. m.

Recursos médicos y de bienestar

El State Health Plan seguirá ofreciendo orientación telefónica para el manejo de casos y enfermedades para miembros con las siguientes condiciones médicas: enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad coronaria, diabetes, asma, apoplejía y enfermedad arterial periférica.

También se ofrecen servicios de administración de casos para los miembros que tengan necesidades de atención médica complejas y con determinadas condiciones como enfermedades renales crónicas o en fase terminal.

Si es elegible para estos servicios, recibirá una notificación.

PÓNGASE EN CONTACTO CON BLUE CONNECT

Los suscriptores del State Health Plan tienen acceso a Blue Connect, un recurso en línea protegido para ayudarlos a gestionar su plan médico y a maximizar sus beneficios. Con Blue Connect, los usuarios registrados pueden hacer diversas tareas de autoservicio en línea, las 24 horas del día, sin siquiera tener que levantar el teléfono.

- **Buscar un proveedor y leer las críticas de los proveedores**
- **Revisar el estado de su reclamo y cuánto le falta para alcanzar su deducible**
- **Revisar su *Informe resumido sobre la atención médica***
- **Pedir una nueva tarjeta de identificación.**
- **Ver su Explicación de beneficios (EOB) para entender la información de sus reclamos**
- **Investigar temas relacionados con la salud y el bienestar para ayudarlo a tomar decisiones más informadas sobre la atención médica**
- **Registrarse para el Blue365® Discount Program, que ofrece:**
  - Membresías para gimnasios y equipo deportivo
  - Cuidado de la vista y la audición
  - Programas de nutrición y pérdida de peso
  - Viajes y actividades familiares
  - Herramientas y recursos para el bienestar del cuerpo y de la mente
  - Herramientas y programas financieros

Cómo acceder a Blue Connect Para acceder a Blue Connect, visite el sitio web del State Health Plan en **www.shpnc.org** y haga clic en **eBenefits** para iniciar sesión en eBenefits, el sistema de inscripción del Plan. Una vez que haya iniciado sesión en eBenefits, aparecerá un enlace rápido a Blue Connect en el menú del lado izquierdo.

RECUERDE: ¡MEDIDAS REQUERIDAS!

A todos los miembros se los inscribirá automáticamente en el Plan 70/30, que tendrá una prima solo para empleados de $85. Pero usted puede descontar $60 de la prima y tener una prima solo para empleados de $25, si completa la declaración de consumo de tabaco. Los miembros que quieran inscribirse en el Plan 80/20 o que quieran completar la declaración de consumo de tabaco para reducir sus primas mensuales en el Plan 80/20 o en el Plan 70/30 tendrán que **hacerlo** durante el período de inscripción abierta.

¡NO ESPERE HASTA ÚLTIMO MOMENTO! ¡HÁGALO HOY MISMO Y ELIJA LA MEJOR OPCIÓN PARA USTED Y SU FAMILIA EN EL 2020!

Eligibility and Enrollment Support Center: 855-859-0966

Durante el período de inscripción abierta, el Eligibility and Enrollment Support Center trabajará en horario extendido, incluso los domingos, para ayudarlo con las preguntas que tenga.
Lunes a viernes: de 8:00 a. m. a 10:00 p. m. ET; sábados: de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.;
y domingos: desde el mediodía hasta las 5:00 p. m.

AVISOS LEGALES

Aviso de prácticas de privacidad del State Health Plan for Teachers and State Employees

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A DICHA INFORMACIÓN. LEA ESTE AVISO CON ATENCIÓN.

Fecha original de entrada en vigor: 14 de abril de 2003
Fecha modificada de entrada en vigor: 20 de enero de 2018

INTRODUCCIÓN

La Health Insurance Portability and Accountability Act (Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro médico o HIPAA) exige proteger la privacidad de la información médica identificable que se crea o se recibe en el Plan o en nombre de este. Este aviso describe las obligaciones del Plan en virtud de la HIPAA, cómo se puede usar y revelar su información, sus derechos según las disposiciones de privacidad de la HIPAA y cómo usted puede acceder a dicha información. Lea este aviso con atención.

Sus derechos

Usted tiene los siguientes derechos:

- Obtener una copia de los registros médicos y los reclamos
- Corregir sus registros médicos y reclamos
- Pedir que la comunicación sea confidencial
- Pedirnos que limitemos la información que revelemos
- Obtener una lista de las personas con las que hemos compartido su información
- Obtener una copia de este aviso de privacidad
- Elegir a una persona para que actúe en representación suya
- Presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad

Sus opciones

Usted tiene algunas opciones sobre la manera en la que nosotros usamos y revelamos su información en los siguientes casos:

- Al responder preguntas de sus amigos o familiares relacionadas con la cobertura
- Al ayudar en caso de catástrofes
- Al comercializar nuestros servicios o vender su información

Nuestros usos y revelaciones

Es posible que usemos y revelemos su información en los siguientes casos:

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

SUS DERECHOS

Usted tiene algunos derechos sobre su información médica. En esta sección, se explican sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

Obtener una copia de los registros médicos y los reclamos

- Usted puede pedir el acceso a sus registros médicos y reclamos o pedir una copia de los documentos, así como de otra información médica que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacer esta solicitud.
- Nosotros le daremos una copia o resumen de sus registros médicos y de sus reclamos, por lo general, en un plazo de 30 días a partir de su solicitud. Es posible que le cobremos un cargo razonable basado en el costo.

Pedirnos la corrección de sus registros médicos y reclamos

- Usted puede pedirnos que corrijamos sus registros médicos y reclamos si considera que son incorrectos o están incompletos. Pregúntenos cómo hacer esta solicitud.
- Es posible que su solicitud sea rechazada, pero le comunicaremos el motivo por escrito dentro de los 60 días.

Pedir que la comunicación sea confidencial

- Usted puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, al teléfono de su casa u oficina) o que le enviemos la correspondencia a una dirección diferente.
- Nosotros consideraremos todas las solicitudes razonables, y debemos aceptar la solicitud si usted nos informa que correría un riesgo si no lo hacemos.

Pedirnos que limitemos la información que usamos y compartimos

- Usted puede pedirnos que no usemos ni revelemos determinada información médica para el tratamiento, el pago o para hacer nuestras operaciones.
- No es obligatorio que aceptemos su solicitud, y es posible que la rechacemos si aceptarla afectase su atención.

Obtener una lista de las personas con las que hemos compartido su información

- Usted puede pedir una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información médica (incluidos los registros médicos, los registros de facturación y demás registros utilizados para tomar decisiones acerca de los beneficios de su atención médica) en los seis años previos a la fecha de su solicitud, que incluirá información de con quién la hemos compartido y por qué.
- Se incluirán todas las revelaciones excepto: (1) las revelaciones con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica; (2) revelaciones hechas a usted; (3) revelaciones hechas conforme a su autorización; (4) revelaciones hechas a amigos o familiares en su presencia o debido a una emergencia; (5) revelaciones con fines de seguridad nacional y (6) revelaciones secundarias a otras revelaciones permitidas.
- Para pedir un informe, debe enviar una solicitud por escrito a la persona de contacto para asuntos de privacidad, cuyos datos figuran en este aviso. Su solicitud debe establecer un período de seis (6) años como máximo.

Obtener una copia de este aviso de privacidad

Usted puede pedir una copia en papel de este aviso en cualquier momento, incluso aunque haya aceptado recibir el aviso de manera electrónica. Se le dará una copia en papel de forma inmediata.

Elegir a una persona para que actúe en representación suya

- Si usted le ha dado a alguna persona un poder legal de representación para cuestiones médicas o si tiene algún tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nosotros nos aseguraremos de que la persona tenga esas facultades y pueda representarlo a usted antes de tomar alguna medida.

Presentar una queja si considera que se han violado sus derechos

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

SUS OPCIONES

En algunos casos, usted puede elegir y decirnos qué información médica compartir. Si tiene una preferencia clara acerca de la manera de revelar su información en las situaciones descritas abajo, comuníquese con nosotros. Infórmenos qué quiere que hagamos, y nosotros seguiremos sus instrucciones.

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

- Compartir información con sus familiares, amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su atención
- Revelar información en caso de ayuda debido a una catástrofe natural

Si usted no puede informarnos de su preferencia, por ejemplo, porque está inconsciente, podemos proceder a revelar su información si consideramos que es lo mejor para usted. También podemos revelar su información cuando sea necesario para minimizar un riesgo grave o inminente para la salud o la seguridad.

En estos casos, nunca revelamos su información a menos que recibamos su autorización por escrito:

- Para fines de marketing
- Para la venta de su información

NUESTROS USOS Y REVELACIONES

¿De qué manera utilizamos o revelamos normalmente su información médica?

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

Ayudar a administrar el tratamiento de atención médica que usted recibe

Podemos usar su información médica y revelarla a los profesionales que lo están tratando.

Ejemplo: El Plan puede revelar su información médica para que los médicos, las farmacias, los hospitales y otros proveedores de atención médica puedan darle tratamiento médico.

Hacer las operaciones de nuestra organización

Podemos usar y revelar su información para el funcionamiento de de nuestra organización (operaciones de atención médica), mejorar la calidad de la atención que damos, reducir los costos de la atención médica y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

Ejemplo: El Plan puede usar y revelar su información para determinar el presupuesto para el año siguiente o para establecer las primas.

No estamos autorizados para usar información genética para decidir si le daremos cobertura y el precio que tendrá esa cobertura. Esto no se aplica a los planes de atención a largo plazo.

Ejemplo: Usamos su información médica para desarrollar mejores servicios para usted.

Pagar por sus servicios médicos

Podemos usar y revelar su información médica para pagar por sus servicios médicos.

Ejemplo: Revelamos su información a CVS Caremark para coordinar el pago de sus medicamentos recetados.

Administrar su plan

Es posible que revelemos su información médica al patrocinador de su plan médico para la administración del plan.

Ejemplo: Se le da información al representante de beneficios médicos del empleador para que lo ayude a usted a entender sus beneficios médicos y para ayudar a asegurarse de que usted está inscrito.

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

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

Ayudar con los problemas de seguridad y salud pública

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

- Para prevenir enfermedades
- Para ayudar con la retirada de productos del mercado
- Para informar reacciones adversas a los medicamentos
- Para informar un supuesto abuso, negligencia o violencia doméstica
- Para prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o seguridad de las personas

Hacer investigaciones

Podemos usar o revelar su información para hacer investigaciones médicas. Las investigaciones que se hacen mediante el uso de la información del Plan deben atravesar un proceso de revisión especial. No usaremos ni revelaremos su información, a menos que tengamos su autorización o hayamos determinado que su privacidad está protegida.

Cumplir la ley

Revelaremos su información si las leyes estatales o federales así lo exigen, incluso ante el Departamento de salud y servicios sociales (Department of Health and Human Services) si este quiere verificar que estemos cumpliendo la ley federal en materia de privacidad.

Responder las solicitudes de donación de órganos y tejidos, y trabajar con un médico forense o el director de una funeraria

- Podemos revelar su información médica a las organizaciones encargadas de la obtención de órganos.
- Podemos revelar la información médica a un médico forense o al director de una funeraria cuando muere una persona.

Tratar solicitudes relacionadas con la indemnización de los trabajadores, el cumplimiento de la ley, y otras solicitudes del gobierno

Podemos usar o revelar su información médica en los siguientes casos:

- Por reclamos relacionados con la indemnización de los trabajadores
- Para fines de orden público o para un funcionario del orden público
- Con agencias de supervisión médica para hacer actividades autorizadas por la ley
- Para funciones especiales del gobierno, como aquellas relacionadas con el ejército, la seguridad nacional y los servicios de protección presidencial

Responder litigios y acciones judiciales

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

Otros usos y revelaciones

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

Nuestras responsabilidades

- La ley nos exige mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Nosotros le informaremos de inmediato si ocurre una filtración que pueda haber comprometido la privacidad y la seguridad de su información.
- Debemos cumplir las responsabilidades y las prácticas de privacidad descritas en este aviso y enviarle a usted una copia de ese aviso.
- No usaremos ni revelaremos su información, salvo según se describe aquí, a menos que usted nos autorice por escrito. Aunque usted nos autorice, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Infórmenos por escrito si cambia de opinión.

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

Cambios en los términos de este aviso

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

Quejas

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante el Plan o el secretario del Departamento de Salud y Servicios Sociales. No se aplicarán sanciones ni se tomarán represalias en su contra por presentar una queja.

Para presentar una queja ante el Plan, comuníquese con la persona de contacto para asuntos de privacidad, cuyos datos figuran en este aviso.

Para presentar una queja ante el secretario de la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services), utilice esta información de contacto:

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

continúa en la página siguiente

Persona de contacto para asuntos de privacidad

La persona de contacto para asuntos de privacidad en el Plan es:
State Health Plan
Attention: HIPAA Privacy Officer
3200 Atlantic Avenue Raleigh, NC 27604
919-814-4400

Inscripción en el Plan de Beneficios Flexibles (según la sección 125 del IRS) para el State Health Plan

Si usted es un empleado activo, es elegible para participar en el Plan de Beneficios Flexibles y para que los pagos de las primas de su plan de beneficios médicos se deduzcan antes de impuestos. Los jubilados y los miembros con continuación de cobertura COBRA (Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria) no son elegibles para participar, ya que actualmente deben tener ingresos de los que se puedan deducir los pagos de las primas. El Plan de Beneficios Flexibles permite que todas las primas que usted paga por cobertura de beneficios médicos se deduzcan de su salario antes de las retenciones de impuestos federales y estatales e impuestos según la FICA (Ley de Contribución al Seguro Federal). Si participa, podrá reducir sus ingresos imponibles y sus obligaciones imponibles, lo que a su vez reducirá el costo neto de la cobertura de su plan médico.

El Plan de Beneficios Flexibles está diseñado para que su participación sea automática, a menos que usted rechace dicha participación. Si quiere rechazar la participación y pagar sus contribuciones "después de impuestos", debe indicarlo en el sistema eBenefits o completar el formulario de rechazo del Flexible Benefit Plan (sección 125 del IRS), que está disponible en el sitio web del Plan, www.shpnc.org. Podrá cambiar su elección de participación durante cada período de inscripción abierta. El Plan de Beneficios Flexibles administrado por el State Health Plan es solamente para el pago de primas de planes de beneficios médicos antes de impuestos y no tiene nada que ver con NCFlex, que es administrado por la Office of State Human Resources (Oficina de Recursos Humanos del Estado).

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

- Su estado civil cambia por motivos de matrimonio, fallecimiento del cónyuge, divorcio, separación legal o anulación.
- Aumenta o disminuye la cantidad de sus dependientes elegibles por motivos de nacimiento, adopción, colocación en adopción o fallecimiento del dependiente.
- Se produce un cambio en su situación laboral, la de su cónyuge o sus dependientes elegibles y, como consecuencia, se pierde o se obtiene una cobertura médica grupal.
- Usted, su cónyuge o sus dependientes pasan a ser elegibles para recibir la cobertura en virtud de la Parte A o la Parte B de Medicare o Medicaid.
- Su dependiente deja de cumplir la condición de dependiente elegible (p. ej., el joven dependiente cumple 26 años).
- Usted, su cónyuge o sus dependientes se toman una licencia sin goce de sueldo, como una licencia familiar, médica o militar, o bien se reincorporan después de haberse tomado dicha licencia.
- Usted recibe una orden de manutención infantil médica calificada (según lo determine el administrador del plan) que exige al plan dar cobertura para sus hijos.
- Si se produce un cambio en el costo o en la cobertura de usted, su cónyuge o sus dependientes en otro plan médico grupal para el que se permitió un cambio de elección, usted puede hacer el cambio de elección correspondiente según el Plan Flexible (p. ej., el empleador de su cónyuge aumenta considerablemente el costo de la cobertura y, como consecuencia, permite que su cónyuge cambie su elección).
- Si cambia su situación laboral de modo que ya no se espere que alcance un promedio de 30 horas de servicio por semana, pero no pierde la elegibilidad para recibir la cobertura en virtud del State Health Plan (p. ej., está en un período de estabilidad durante el que califica como empleado a tiempo completo), puede revocar su elección, siempre y cuando certifique que tiene o que se inscribirá (junto con los miembros de su familia con cobertura) en otra cobertura que proporcione un nivel mínimo y esencial (p. ej., una del mercado) y que entre en vigor, a más tardar, el primer día del segundo mes posterior al mes que incluye la fecha de revocación de la cobertura original.
- Eventualmente, puede revocar su elección de participación en el State Health Plan si certifica su intención de inscribirse y de inscribir a cualquier dependiente con cobertura en una cobertura del mercado que entre en vigor, a más tardar, el día siguiente al último día de la cobertura original que se revoca.
- Usted o sus hijos pierden la elegibilidad para recibir beneficios de Medicaid o de un Children's Health Insurance Program (Programa de Seguro Médico Infantil) del estado. En este caso, debe pedir la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la pérdida de elegibilidad.
- Si usted, su cónyuge o sus dependientes pierden la elegibilidad para la cobertura, según se define en la Health Insurance Portability and Accountability Act (Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos, HIPAA) en cualquier plan médico grupal o cobertura de seguro médico (p. ej., cobertura en el mercado individual, incluido el mercado), puede cambiar su elección de participación.

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

Siempre que informe un cambio debido a un acontecimiento habilitante, la deducción de sus primas se hará antes de los impuestos.

Aviso sobre los derechos de inscripción especial según la HIPAA

Si rechaza su inscripción y la de sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a otra cobertura de seguro médico o cobertura de plan médico grupal, es posible que pueda inscribirse e inscribir a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de hacer contribuciones para esa otra cobertura que tienen usted o sus dependientes). Sin embargo, debe pedir la inscripción dentro de los 30 días posteriores a la finalización de esa otra cobertura que tienen usted o sus dependientes (o dentro de que el empleador deja de hacer contribuciones para esa otra cobertura).

Si tiene un dependiente nuevo como resultado de un matrimonio, un nacimiento, una adopción o una colocación en adopción, es posible que pueda inscribirse e inscribir a sus dependientes. Sin embargo, debe pedir la inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, el nacimiento, la adopción o la colocación en adopción. Si rechaza su inscripción o la de un dependiente elegible (incluido su cónyuge) mientras cuenta con la cobertura de Medicaid o de un programa de seguro médico infantil del estado, es posible que pueda inscribirse e inscribir a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura. Sin embargo, debe pedir la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la finalización de la cobertura que Medicaid o un programa de seguro médico infantil del estado les dan a usted o a sus dependientes.

Si usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) pasan a ser elegibles para recibir un subsidio de asistencia estatal para el pago de primas por parte de Medicaid o a través de un programa de seguro médico infantil del estado sobre la cobertura en virtud de este plan, es posible que pueda inscribirse e inscribir a sus dependientes en este plan. Sin embargo, debe pedir la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la determinación de la elegibilidad para recibir asistencia para usted o sus dependientes.

Para pedir una inscripción especial u obtener más información, comuníquese con el Enrollment and Billing Support Center (Centro de Asistencia de Inscripción y Facturación) llamando al **855-422-6272.**

Aviso sobre los servicios relacionados con la mastectomía

Si se ha hecho o se hará una mastectomía, podrá acceder a ciertos beneficios en virtud de la Women's Health and Cancer Rights Act (Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer o WHCRA) de 1998. Para las personas que reciben beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se dará según se determine de manera conjunta entre el médico tratante y el paciente, en los siguientes casos:

- todas las etapas de reconstrucción del seno en el que se hizo la mastectomía;
- cirugía y reconstrucción del otro seno para lograr un aspecto simétrico;
- prótesis; y

- tratamiento de complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema.

Estos beneficios estarán sujetos a los mismos deducibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos ofrecidos en virtud de su plan de elección. Para obtener más información, comuníquese con el área de Atención al Cliente llamando al **888-234-2416.**

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

El siguiente aviso se aplica a los planes ofrecidos por North Carolina State Health Plan for Teachers and State Employees ("el Plan") que no se consideran "planes médicos de derechos adquiridos" en virtud de la Ley de protección del paciente y atención asequible (Patient Protection and Affordable Care Act). Por lo general, el Plan permite la designación de un proveedor de atención primaria. Usted tiene derecho a designar a cualquier proveedor de atención primaria que esté en nuestra red y que pueda aceptarlo a usted o a sus familiares. Para los niños, puede designar un pediatra como proveedor de atención primaria. Para obtener más información sobre cómo seleccionar un proveedor de atención primaria y para obtener una lista de los proveedores de atención primaria participantes, comuníquese con el área de Atención al Cliente al **888-234-2416.**

No necesita autorización previa del Plan ni de ninguna otra persona (incluido el proveedor de atención primaria) para acceder a cuidados obstétricos o ginecológicos de un profesional de atención médica de nuestra red que se especialice en obstetricia o ginecología. El profesional de atención médica, sin embargo, puede estar obligado a cumplir determinados procedimientos, como obtener autorización previa para algunos servicios, seguir un plan de tratamiento preaprobado o un procedimiento para hacer derivaciones. Para obtener una lista de los profesionales de atención médica participantes que se especializan en obstetricia o ginecología, comuníquese con el área de Atención al Cliente al **888-234-2416.**

Aviso sobre renuncia voluntaria en relación con la Mental Health Parity and Addiction Equity Act

Opción para quedar exento de determinados requisitos en virtud de la ley federal, establecidos en el Título XXVII de la Public Health Service Act (Ley sobre Servicios Públicos de Salud).

Los planes médicos grupales patrocinados por el estado y por empleadores gubernamentales locales deben cumplir, en general, con los requisitos de la ley federal establecidos en el Título XXVII de la Public Health Service Act. Sin embargo, estos empleadores pueden optar por eximir a un plan de los requisitos enumerados abajo para cualquier parte del plan que sea "autofinanciada" por el empleador, en vez de dar a través de una póliza de seguro médico. El North Carolina State Health Plan for Teachers and State Employees ha decidido eximir a su Plan de la Mental Health Parity and Addiction Equity Act (Ley de Paridad en la Salud Mental e Igualdad en la Adicción), que incluye protecciones contra la aplicación de limitaciones adicionales a los beneficios de salud mental y de trastornos de consumo de sustancias en comparación con las limitaciones aplicadas a los beneficios médicos y quirúrgicos cubiertos por el Plan.

La exención de este requisito federal será aplicable al plan en el año de beneficios que comienza el 1.º de enero de 2020 y que finaliza el 31 de diciembre de 2020. La elección podrá renovarse en años subsiguientes del plan.

Aviso sobre disponibilidad de opciones de cobertura en el mercado de seguros médicos (aviso de mercado de empleadores)

Para ayudarlo a evaluar las alternativas para usted y su familia, este aviso le da información básica sobre el Health Insurance Marketplace (Mercado de seguros médicos) (el "Mercado"). El Mercado está diseñado para ayudarle a encontrar un seguro médico que cumpla sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El Mercado ofrece opciones de compra en un solo sitio, para buscar y comparar opciones de seguros médicos privados. También es posible que sea elegible para recibir un nuevo tipo de crédito tributario que reduce su prima mensual.

Es posible que califique para ahorrar dinero y reducir su prima mensual, pero solo si su empleador no ofrece cobertura u ofrece una cobertura que no cumple determinadas normas. Los ahorros en la prima para los que puede ser elegible dependen de los ingresos de su familia. Si su empleador da una cobertura médica que cumple determinadas normas, no será elegible para recibir un crédito tributario a través del Mercado y es posible que quiera inscribirse en el plan médico de su empleador. Sin embargo, es posible que sea elegible para recibir un crédito tributario que reduce la prima mensual o para una reducción en la cuota de los costos compartidos si su empleador no le ofrece cobertura o no ofrece una cobertura que cumpla determinadas normas. Si el costo del plan de su empleador que le daría cobertura a usted (y no a los demás miembros de la familia) supera el 9.5 % del ingreso anual de su familia, o si la cobertura médica que da su empleador no cumple la norma de "valor mínimo" establecida por la Affordable Care Act, es posible que sea elegible para recibir un crédito tributario. Un plan médico patrocinado por el empleador cumple la "norma de valor mínimo" si la participación del plan en los costos totales de beneficios permitidos cubiertos por el plan es mayor del 60 % de dichos costos.

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

Para obtener más información sobre la cobertura ofrecida por su empleador, consulte la descripción resumida del plan o comuníquese con el área de Atención al Cliente llamando al **888-234-2416.** El Mercado puede ayudarlo a evaluar sus opciones de cobertura, incluyendo su elegibilidad para recibir cobertura a través del Mercado y sus costos. Visite **HealthCare.gov** para obtener más información, incluida una solicitud en línea para obtener una cobertura de seguro médico e información de contacto para conocer el mercado de seguros médicos en su área.

Asistencia para las primas bajo Medicaid y el Children's Health Insurance Program (Programa de seguro médico para niños, CHIP).

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

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o en el CHIP y vive en un estado enumerado abajo, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para saber si puede obtener asistencia para las primas.

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 recibir beneficios de cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado, llame al **1-877-KIDS NOW** o visite **www.insurekidsnow.gov** para obtener información sobre cómo 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 recibir asistencia con las primas en Medicaid o CHIP, y también son elegibles según 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 pedir la cobertura dentro de los 60 días de haberse determinado que usted es elegible para recibir asistencia para las primas**. Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo (Department of Labor) en **www.askebsa.dol.gov o llame al 1-866-444-EBSA (3272).**

continúa en la página siguiente

Si usted vive en uno de los siguientes estados, tal vez sea elegible para recibir asistencia para pagar las primas del plan médico de su empleador. Esta es la lista actual de estados al 31 de julio de 2019. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad.

ALABAMA – Medicaid	FLORIDA – Medicaid
Sitio web: http://myalhipp.com/ **Teléfono:** 1-855-692-5447	**Sitio web:** http://flmedicaidtplrecovery.com/hipp/ **Teléfono:** 1-877-357-3268
ALASKA – Medicaid	**GEORGIA - MEDICAID**
The AK Health Insurance Premium Payment Program **Sitio web:** http://myakhipp.com/ **Teléfono:** 1-866-251-4861 **Correo electrónico:** CustomerService@MyAKHIPP.com **Elegibilidad de Medicaid:** http://dhss.alaska.gov/dpa/Pages/medicaid/default.aspx	**Sitio web:** https://medicaid.georgia.gov/healthinsurance-premium-payment-program-hipp **Teléfono:** 678-564-1162 ext. 2131
ARKANSAS – Medicaid	**INDIANA – Medicaid**
Sitio web: http://myarhipp.com/ **Teléfono:** 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	**Healthy Indiana Plan para adultos con bajos ingresos de 19 a 64 años** **Sitio web:** http://www.in.gov/fssa/hip/ **Teléfono:** 1-877-438-4479 **Todos los demás, Medicaid** **Sitio web:** http://www.indianamedicaid.com **Teléfono:** 1-800-403-0864
COLORADO: Health First Colorado (programa de Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)	**IOWA – Medicaid**
Sitio web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/ **Centro de contacto para los miembros de Health First Colorado:** 1-800-221-3943/ Personas con problemas auditivos o del habla: 711 **CHP+:** https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-healthplan-plus **Servicio al cliente de CHP+:** 1-800-359-1991/ Personas con problemas auditivos o del habla: 711	**Sitio web:** http://dhs.iowa.gov/Hawki **Teléfono:** 1-800-257-8563
KANSAS - Medicaid	**NUEVO HAMPSHIRE - Medicaid**
Sitio web: http://www.kdheks.gov/hcf/ **Teléfono:** 1-785-296-3512	**Sitio web:** https://www.dhhs.nh.gov/oii/hipp.htm **Teléfono:** 603-271-5218 **Número gratuito para el programa HIPP:** 1-800-852-3345, ext. 5218
KENTUCKY - Medicaid	**NUEVA JERSEY: Medicaid y CHIP**
Sitio web: https://chfs.ky.gov **Teléfono:** 1-800-635-2570	**Sitio web de Medicaid:** http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ **Teléfono de Medicaid:** 609-631-2392 **Sitio web de CHIP:** http://www.njfamilycare.org/index.html **Teléfono de CHIP:** 1-800-701-0710
LUISIANA - Medicaid	**NUEVA YORK - Medicaid**
Sitio web: http://dhh.louisiana.gov/index.cfm/subhome/1/n/331 **Teléfono:** 1-888-695-2447	**Sitio web:** https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ **Teléfono:** 1-800-541-2831
MAINE - Medicaid	**CAROLINA DEL NORTE - Medicaid**
Sitio web: http://www.maine.gov/dhhs/ofi/publicassistance/index.html **Teléfono:** 1-800-442-6003 **TTY:** servicio para personas con problemas auditivos o del habla (Maine relay): 711	**Sitio web:** https://medicaid.ncdhhs.gov/ **Teléfono:** 919-855-4100
MASSACHUSETTS: Medicaid y CHIP	**DAKOTA DEL NORTE - Medicaid**
Sitio web: http://www.mass.gov/eohhs/gov/departments/masshealth/ **Teléfono:** 1-800-862-4840	**Sitio web:**http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/ **Teléfono:** 1-844-854-4825
MINNESOTA - Medicaid	**OKLAHOMA: Medicaid y CHIP**
Sitio web: https://mn.gov/dhs/people-we-serve/seniors/healthcare/health-care-programs/programs-and-services/otherinsurance.jsp **Teléfono:** 1-800-657-3739	**Sitio web:** http://www.insureoklahoma.org **Teléfono:** 1-888-365-3742

MISSOURI - Medicaid	OREGÓN - Medicaid
Sitio web: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm **Teléfono:** 573-751-2005	**Sitio web:** http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx http://www.oregonhealthcare.gov/index-es.html **Teléfono:** 1-800-699-9075
MONTANA - Medicaid	**PENSILVANIA - Medicaid**
Sitio web: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP **Teléfono:** 1-800-694-3084	**Sitio web:** http://www.dhs.pa.gov/provider/medicalassistance/healthinsurancepremiumpaymenthippprogram/index.htm **Teléfono:** 1-800-692-7462
NEBRASKA - Medicaid	**RHODE ISLAND: Medicaid y CHIP**
Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov **Teléfono:** (855) 632-7633 **Lincoln:** (402) 473-7000 **Omaha:** (402) 595-1178	**Sitio web:** http://www.eohhs.ri.gov/ **Teléfono:** 855-697-4347, o 401-462-0311 (línea directa de RIte Share)
NEVADA - Medicaid	**CAROLINA DEL SUR - Medicaid**
Sitio web de Medicaid: https://dhcfp.nv.gov **Teléfono de Medicaid:** 1-800-992-0900	**Sitio web:** https://www.scdhhs.gov **Teléfono:** 1-888-549-0820
DAKOTA DEL SUR - Medicaid	**WASHINGTON - Medicaid**
Sitio web: http://dss.sd.gov **Teléfono:** 1-888-828-0059	**Sitio web:** https://www.hca.wa.gov/ **Teléfono:** 1-800-562-3022 ext. 15473
TEXAS - Medicaid	**VIRGINIA OCCIDENTAL - Medicaid**
Sitio web: http://gethipptexas.com/ **Teléfono:** 1-800-440-0493	**Sitio web:** http://mywvhipp.com/ **Teléfono gratuito:** 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)
UTAH: Medicaid y CHIP	**WISCONSIN: Medicaid y CHIP**
Sitio web de Medicaid: https://medicaid.utah.gov/ **Sitio web de CHIP:** http://health.utah.gov/chip **Teléfono:** 1-877-543-7669	**Sitio web:** https://www.dhs.wisconsin.gov/publications/p1/p10095.pdf **Teléfono:** 1-800-362-3002
VERMONT - Medicaid	**WYOMING - Medicaid**
Sitio web: http://www.greenmountaincare.org/ **Teléfono:** 1-800-250-8427	**Sitio web:** https://wyequalitycare.acs-inc.com/ **Teléfono:** 307-777-7531
VIRGINIA: Medicaid y CHIP	
Sitio web de Medicaid: http://www.coverva.org/programs_premium_assistance.cfm **Teléfono de Medicaid:** 1-800-432-5924	**Sitio web de CHIP:** http://www.coverva.org/programs_premium_assistance.cfm **Teléfono de CHIP:** 1-855-242-8282

Para saber si otros estados han agregado el programa de asistencia con las primas desde el 31 de julio de 2019, o para obtener más información sobre derechos de inscripción especial, comuníquese con:

Departamento de Trabajo de EE. UU. (U.S Department of Labor)
Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (Employee Benefits Security Administration)
www.dol.gov/agencies/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, opción de menú 4, ext. 61565

Aviso de no discriminación y accesibilidad

El State Health Plan cumple las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad ni sexo. El State Health Plan no excluye ni trata de forma diferente a ninguna persona por su raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo.

El State Health Plan:

- Ofrece servicios y recursos gratuitos para que las personas con discapacidades puedan comunicarse de forma efectiva con nosotros, por ejemplo:
  - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, entre otros)
  - El sitio web de State Health Plan cumple la Americans with Disabilities Act (Ley para Americanos con Discapacidades o ADA) para las personas con discapacidades visuales
- Ofrece servicios lingüísticos gratuitos para personas que no hablan inglés como primera lengua, por ejemplo:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el coordinador de derechos civiles, cuyos datos figuran abajo (el "Coordinador"):

State Health Plan Compliance Officer (Oficial de cumplimiento del State Health Plan)
(919)-814-4400

Si cree que el State Health Plan no le ha ofrecido estos servicios o lo ha discriminado, puede presentarle una queja al Coordinador. Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. También puede presentar una queja en materia de derechos civiles a través de la Office for Civil Rights del U.S. Department of Health and Human Services, cuyos datos son los siguientes:

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

Presente una queja de forma electrónica en:
https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf..

Los formularios de quejas están disponibles en:
http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

continúa en la página siguiente

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

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

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

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

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

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **919-814-4400.**

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

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

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

સૂચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિઃશુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો **919-814-4400.**

ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, ស្រេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតឈ្នួល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ **919-814-4400.**

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

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। **919-814-4400.**

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັງຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທຣ **919-814-4400.**

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

CONTÁCTENOS

Eligibility and Enrollment Support Center
(preguntas sobre eBenefits):
855-859-0966

Horario extendido durante el período de inscripción abierta:
Lunes a viernes: de 8:00 a. m. a 10:00 p. m.
Sábados: de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. •
Domingos: desde el mediodía hasta las 5:00 p. m.

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

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

SHP302-Active

DEL 2 AL 19 DE NOVIEMBRE DE 2019

ABRIR INMEDIATAMENTE

GUÍA PARA TOMAR DECISIONES SOBRE LA INSCRIPCIÓN ABIERTA 2020

State Health Plan
3200 Atlantic Avenue
Raleigh, NC 27604

A Division of the Department of State Treasurer
North Carolina State Health Plan
FOR TEACHERS AND STATE EMPLOYEES

DALE R. FOLWELL, CPA
STATE TREASURER OF NORTH CAROLINA

PRSRT STD
U.S. POSTAGE
PAID
Durham, NC
Permit No. 785