



**2026**

Avisos  
Anuales de  
Cumplimiento



**VIAGGIO**

---

# Avisos de Cumplimiento

Los siguientes avisos brindan información importante sobre el plan de salud grupal proporcionado por su empleador. Lea atentamente los avisos adjuntos y guarde una copia para sus registros.

Si tiene alguna pregunta con respecto a cualquiera de estos avisos, comuníquese con:

Contacto General: Tina Rheinheimer – Human Resources

Teléfono: 574-848-1636

Correo Electrónico: [trheinheimer@viaggiomarine.com](mailto:trheinheimer@viaggiomarine.com)

Dirección de Envío: 807 Lakota Lane P.O. Box 219 Bristol, IN 46507

**Si usted (o sus dependientes) tiene Medicare o será elegible para Medicare en los próximos 12 meses, una ley federal le brinda más opciones sobre su cobertura de medicamentos recetados. Consulte la página 14 para obtener más detalles.**

Aviso de Derechos Especiales de Inscripción	Pg. 3
Aviso de protección al paciente	Pg. 3
Aviso de Inscripción a la Ley de Derechos Sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer	Pg. 3
Ley de Protección de la Salud de Recién Nacidos y Madres	Pg. 3
Aviso Legal de Michelle	Pg. 4
Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA)	Pg. 4
Ley de Información Genética Antidiscriminatoria de 2008 (GINA)	Pg. 4
Aviso de la Ley de Paridad de Salud Mental	Pg. 4
Aviso de mandato judicial de manutención con calificación médica	Pg. 5
Ley de Derechos de Empleo y Recontratación de los Servicios Uniformados (USERRA)	Pg. 5
Asistencia con las Primas Bajo Medicaid y el Programa de Seguro de Salud para Menores (CHIP)	Pg. 6
Aviso Sorpresa de Facturación Médica	Pg. 11
La Ley De Ausencia Familiar Y Médica (FMLA)	Pg. 12
Parte D de Medicare	Pg. 14

## **Aviso de derechos especiales de inscripción**

Si rechaza la inscripción para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a otro seguro médico o cobertura de plan de salud grupal, es posible que pueda inscribirse usted y sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura. (o si el empleador deja de contribuir a la otra cobertura suya o de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores a la finalización de la otra cobertura suya o de sus dependientes (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).

Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, es posible que pueda inscribirse usted y sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Si rechaza la inscripción para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) mientras la cobertura de Medicaid o un Programa estatal de seguro médico para niños (CHIP) está vigente, es posible que pueda inscribirse usted y sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la finalización de su cobertura de Medicaid o CHIP o la de sus dependientes. Si usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) se vuelven elegibles para un subsidio estatal de asistencia para las primas de Medicaid o un programa CHIP con respecto a la cobertura de este plan, es posible que pueda inscribirse usted y sus dependientes (incluido su cónyuge) en este plan. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a que usted o sus dependientes sean elegibles para la asistencia con la prima.

## **Aviso de protección al paciente**

Es posible que su aseguradora le pida que designe un proveedor de atención médica primaria. Usted tiene derecho a designar a cualquier proveedor de atención médica primaria que sea parte de su red y que tenga disponibilidad para aceptar a usted o a los miembros de su familia. Su aseguradora podrá realizar dicha designación por usted hasta que tome una decisión.

Para sus hijos, puede designar un pediatra como proveedor de atención primaria. No necesita la autorización previa de su aseguradora ni de ninguna otra persona (ni siquiera la del proveedor de atención médica primaria) para tener acceso a la atención obstétrica o ginecológica por parte de un profesional médico de su red que se especialice en estos tipos de atención. Sin embargo, es posible que el profesional médico deba cumplir ciertos procedimientos, como obtener una autorización previa antes de brindar ciertos servicios, seguir un plan de tratamiento previamente aprobado o seguir procedimientos para remitir pacientes.

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

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

- Todas las etapas de reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica; prótesis; y
- Tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema.

Estos beneficios se proporcionarán sujetos a los mismos deducibles y coseguro aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados bajo este plan. Si desea obtener más información sobre los beneficios de WHCRA, llame al administrador de su plan.

## **Divulgación de la Ley de protección de la salud de los recién nacidos y las madres**

Los planes de salud grupales y los emisores de seguros de salud generalmente no pueden, según la ley federal, restringir los beneficios por cualquier duración de la estadía en el hospital en relación con el parto para la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal o menos de 96 horas después cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe al proveedor que atiende a la madre o al recién nacido, después de consultar con la madre, dar

de alta a la madre o al recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, los planes y los emisores no pueden, según la ley federal, exigir que un proveedor obtenga autorización del plan o del emisor del seguro para prescribir una duración de la estadía que no exceda las 48 horas (o 96 horas).

## **Aviso legal de Michelle**

La Ley de Michelle se convirtió en ley a partir del 1 de enero de 2010. Esta ley generalmente permite que los estudiantes universitarios de tiempo completo gravemente enfermos o lesionados, que están cubiertos por el plan de seguro médico de sus padres, tomen hasta un año de licencia médicamente necesaria si la licencia normalmente causaría que el hijo dependiente pierda la elegibilidad para la cobertura bajo el plan debido a la pérdida de la condición de estudiante. Para que se aplique la extensión de elegibilidad de la Ley de Michelle, el médico tratante de un niño dependiente debe proporcionar una certificación por escrito de la necesidad médica (es decir, una certificación de que el niño dependiente sufre una enfermedad o lesión grave que requiera la licencia u otro cambio de inscripción que de otra manera causar pérdida de elegibilidad).

\* Según la Ley de Protección al Paciente y Atención Médica Asequible, los planes de salud grupales deben ofrecer cobertura a los hijos dependientes hasta los 26 años, independientemente del estado de estudiante.

## **Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA)**

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA) es una ley federal que aborda la privacidad y seguridad de cierta información médica identificable individualmente, llamada información médica protegida (o PHI). Tiene ciertos derechos con respecto a su PHI, incluido el derecho a ver u obtener una copia de sus registros médicos y de reclamos y otra información médica mantenida por un plan de salud o una aseguradora. Para obtener una copia del Aviso de prácticas de privacidad, que describe cómo se puede usar y divulgar su PHI y cómo puede acceder a la información, comuníquese con Recursos Humanos.

Según lo requiera la ley. Divulgaremos información médica cuando así lo requieran las leyes internacionales, federales, estatales o locales. Tiene derecho a inspeccionar y copiar, derecho a una copia electrónica de los registros médicos electrónicos, derecho a recibir notificación de una infracción, derecho a enmendar, derecho a un informe de divulgaciones, derecho a solicitar restricciones, derecho a solicitar comunicaciones confidenciales, derecho a una copia impresa de este aviso y el derecho a presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad.

## **Ley de Información Genética Antidiscriminatoria de 2008 (GINA)**

La Ley de Información Genética Antidiscriminatoria de 2008 (GINA) prohíbe que el plan discrimine a personas en base a su información genética en el suministro de los beneficios de acuerdo con los planes de beneficios incluidos. En términos generales, la ley GINA:

- prohíbe que el plan ajuste las cantidades de las cuotas o de las contribuciones para un grupo en base a su información genética;
- prohíbe al plan solicitar o exigir que una persona o miembro de su familia sea sometida a una prueba genética, siempre que dicha prohibición no limite la autoridad de un profesional de la salud para solicitar a una persona que se someta a una prueba genética o impedir que un plan de salud grupal obtenga o utilice los resultados de una prueba genética para hacer una determinación con respecto al pago;
- permite al plan solicitar, pero no ordenar, que un participante o beneficiario se someta a una prueba genética con fines de investigación, si el plan no utiliza la información con fines de garantía y cumple ciertos requisitos de divulgación, y
- prohíbe que el plan solicite, exija o compre información genética para propósitos de garantía, o con respecto a cualquier persona de manera previa o en relación con la inscripción de tal persona.

## **Aviso de la Ley de Paridad de Salud Mental**

La Ley de Paridad de Salud Mental (MHPA) exige que los límites anuales o vitalicios en dólares de los beneficios de salud mental no sean inferiores a los límites en dólares de los beneficios de salud y quirúrgicos ofrecidos por un plan de salud grupal o por un emisor de seguro de salud que ofrezca cobertura en relación con un plan de salud grupal. El límite vitalicio dejó de aplicarse a partir del 1.º de enero de 2011, y el límite anual dejó de aplicarse a partir del 1.º de enero de 2014. A partir del año del plan 2010, la ley federal también requiere que los planes que proporcionan beneficios de salud

y quirúrgicos, así como de salud mental no impongan requisitos financieros más restrictivos (como deducibles y copagos) y limitaciones de tratamiento (como límites en los días de cobertura) a los beneficios de salud mental que los que se imponen a los beneficios de salud/cirugía.

## **Aviso de mandato judicial de manutención con calificación médica**

Un mandato judicial de manutención con calificación médica (QMCSO) es un mandato judicial o una orden emitida por una entidad administrativa estatal de acuerdo con las leyes federales y estatales que exige que un beneficiario alternativo (por ejemplo, un hijo o hijastro) esté cubierto por el plan de salud grupal de un participante del plan. El plan acata los mandatos QMOSC que cumplen los requisitos legales correspondientes. Es importante señalar que un mandato QMCSO no puede exigirle a un plan que proporcione un tipo o forma de beneficio, o una opción, que no esté actualmente disponible en el plan al que se dirige el mandato, a menos que sea necesario recibir este beneficio u opción para cumplir los requisitos de la Ley del Seguro Social, que se relaciona con la aplicación de las leyes estatales de manutención de menores y el reembolso de Medicaid. Los mandatos QMCSO se deben entregar al Administrador del Plan para que este determine si cumplen los requisitos legales correspondientes. En caso afirmativo, el beneficiario alternativo será considerado un beneficiario a los efectos de ERISA y estará inscrito como dependiente del empleado participante. Si el Administrador del Plan recibe un mandato médico de manutención de niños que se relacione con usted, se le notificará y luego se le informará de la decisión sobre si el mandato es calificado.

## **Ley de Derechos de Empleo y Recontratación de los Servicios Uniformados (USERRA)**

Los derechos de continuación y reincorporación también pueden estar disponibles si usted se ausenta del empleo para prestar servicio en los servicios uniformados, de conformidad con la Ley de Derechos de Empleo y Recontratación de los Servicios Uniformados de 1994 (USERRA). Si recibe un permiso en el marco de la ley USERRA, en la medida requerida por la misma, su empleador puede continuar manteniendo sus beneficios en los mismos términos y condiciones tal como si usted fuera empleado activo.

Los empleados que entran o regresan del servicio en las Fuerzas Armadas pueden tener derechos del plan de acuerdo con la ley USERRA. Estos derechos corresponden solo a los empleados y sus dependientes cubiertos bajo el plan antes de que el empleado se marchara para prestar servicio militar. Para ser elegible para los derechos de la ley USERRA, el empleado debe notificar anticipadamente al empleador acerca de la ausencia del empleo para prestar servicio en las Fuerzas Armadas, a menos que no pueda hacerlo por necesidad militar o si se hace imposible o no es razonable bajo las circunstancias. Además, con ciertas excepciones, la ausencia del empleado del trabajo no puede superar los cinco años. Los derechos de la ley USERRA incluyen hasta 24 meses de cobertura continuada de atención médica. Para períodos de permiso de menos de 31 días, el empleado solo debe pagar la parte de la prima que cubre normalmente. Para períodos de permiso de 31 días o más, la cobertura solo se extenderá previo el pago del costo total de la cobertura, más una tarifa administrativa razonable.

Si usted cumple con la ley USERRA al regresar al empleo activo después del servicio militar, puede volver a inscribirse a sí mismo y a sus dependientes elegibles en la cobertura de salud inmediatamente después de regresar al empleo activo, incluso si usted y sus dependientes elegibles no eligieron la continuación de la cobertura de la ley USERRA durante su servicio militar. La reincorporación se producirá sin períodos de espera o exclusiones de afecciones preexistentes, excepto por enfermedades o lesiones relacionadas con el servicio militar.

Los derechos de la ley USERRA terminan si el despido del empleado del servicio uniformado fue resultado de una conducta "deshonrosa" u otra conducta indeseable, si el empleado no regresa al trabajo o solicita un nuevo empleo dentro del período de tiempo requerido por la ley USERRA, o si el empleado no paga las primas de cobertura. Los períodos dentro de los cuales debe elegir y pagar la continuación de la cobertura de la ley USERRA serán los mismos dentro de los cuales elegir y pagar la cobertura de COBRA bajo el plan. Si se aplican tanto USERRA como COBRA, una opción para la continuación de la cobertura será elegir tomar la cobertura concurrente de COBRA/USERRA. Tenga en cuenta también que la ley estatal puede proporcionar continuación y/o conversión de cobertura.

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

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

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

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

Si usted o sus dependientes son elegibles para asistencia con primas bajo Medicaid o CHIP, y también son elegibles bajo el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan de su empleador, si usted aún no está inscrito. Esto se llama oportunidad de "inscripción especial", y **usted debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días de haberse determinado que usted es elegible para la asistencia con las primas**. Si tiene preguntas sobre la inscripción en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento del Trabajo electrónicamente a través de [www.askebsa.dol.gov](http://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 2025. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad -**

ALABAMA – Medicaid	ALASKA – Medicaid
Sitio web: <a href="http://myalhipp.com">http://myalhipp.com</a> Teléfono: 1-855-692-5447	El Programa de Pago de AK primas del seguro médico Sitio web: <a href="http://myakhipp.com">http://myakhipp.com</a> Teléfono: 1-866-251-4861 Por correo electrónico: <a href="mailto:CustomerService@MyAKHIPP.com">CustomerService@MyAKHIPP.com</a> Elegibilidad de Medicaid: <a href="https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx">https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx</a>
ARKANSAS – Medicaid	CALIFORNIA – Medicaid
Sitio web: <a href="http://myarhipp.com/">http://myarhipp.com/</a> Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Sitio web: <a href="http://dhcs.ca.gov/hipp">http://dhcs.ca.gov/hipp</a> Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Por correo electrónico: <a href="mailto:hipp@dhcs.ca.gov">hipp@dhcs.ca.gov</a>

# Avisos de Cumplimiento

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

# Avisos de Cumplimiento

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

# Avisos de Cumplimiento

OKLAHOMA – Medicaid y CHIP	OREGON – Medicaid y CHIP
<p>Sitio web: <a href="http://www.insureoklahoma.org">http://www.insureoklahoma.org</a> Teléfono – 1-888-365-3742</p>	<p>Sitio web: <a href="https://cuidadodesalud.oregon.gov/Pages/index.aspx">https://cuidadodesalud.oregon.gov/Pages/index.aspx</a> Teléfono: 1-800-699-9075</p>
PENSILVANIA – Medicaid y CHIP	RHODE ISLAND– Medicaid y CHIP
<p>Sitio web: <a href="https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html">https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html</a> Teléfono: 1-800-692-7462 Sitio web de CHIP: <a href="https://www.pa.gov/en/agencies/dhs/resources/chip.html">https://www.pa.gov/en/agencies/dhs/resources/chip.html</a> Teléfono de CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)</p>	<p>Sitio web: <a href="http://www.eohhs.ri.gov/">http://www.eohhs.ri.gov/</a> Teléfono: 1-855-697-4347 o 401-462-0311 (Direct RIta Share Line)</p>
CAROLINA DEL SUR – Medicaid	DAKOTA DEL SUR – Medicaid
<p>Sitio web: <a href="https://www.scdhhs.gov">https://www.scdhhs.gov</a> Teléfono: 1-888-549-0820</p>	<p>Sitio web: <a href="http://dss.sd.gov">http://dss.sd.gov</a> Teléfono: 1-888-828-0059</p>
TEXAS – Medicaid	UTAH– Medicaid y CHIP
<p>Sitio web: <a href="https://www.hhs.texas.gov/es/servicios/asistencia-financiera/programa-de-pago-de-las-primas-del-seguro-medico">https://www.hhs.texas.gov/es/servicios/asistencia-financiera/programa-de-pago-de-las-primas-del-seguro-medico</a> Teléfono: 1-800-440-0493</p>	<p>Utah’s Premium Partnership for Health Insurance (UPP) Sitio web: <a href="https://medicaid.utah.gov/upp/">https://medicaid.utah.gov/upp/</a> Por correo electrónico: <a href="mailto:upp@utah.gov">upp@utah.gov</a> Teléfono: 1-888-222-2542 Sitio web de expansión para adultos: <a href="https://medicaid.utah.gov/expansion/">https://medicaid.utah.gov/expansion/</a> Sitio web de Programa de compra de Medicaid de Utah: <a href="https://medicaid.utah.gov/buyout-program/">https://medicaid.utah.gov/buyout-program/</a> Sitio web de CHIP: <a href="https://chip.utah.gov/espanol/">https://chip.utah.gov/espanol/</a></p>
VERMONT – Medicaid	VIRGINIA – Medicaid y CHIP
<p>Sitio web: <a href="https://dvha.vermont.gov/members/Medicaid/hipp-program">https://dvha.vermont.gov/members/Medicaid/hipp-program</a> Teléfono: 1-800-250-8427</p>	<p>Sitio web: <a href="https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select">https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select</a> <a href="https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs">https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs</a> Teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924</p>
WASHINGTON – Medicaid	WEST VIRGINIA – Medicaid y CHIP
<p>Sitio web: <a href="http://www.hca.wa.gov">http://www.hca.wa.gov</a> Teléfono: 1-800-562-3022</p>	<p>Sitio web: <a href="https://dhhr.wv.gov/bms/">https://dhhr.wv.gov/bms/</a> <a href="http://mywvhipp.com/">http://mywvhipp.com/</a> Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 Teléfono gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)</p>

# Avisos de Cumplimiento

WISCONSIN – Medicaid y CHIP	WYOMING – Medicaid
Sitio web: <a href="https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm">https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm</a> Teléfono: 1-800-362-3002	Sitio web: <a href="https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/">https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/</a> Teléfono: 1-800-251-1269

Para saber si otros estados han agregado el programa de asistencia con primas desde el 31 de julio de 2025, o para obtener más información sobre derechos de inscripción especial, comuníquese con alguno de los siguientes:

Departamento del Trabajo de EE.UU.  
Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados  
[www.dol.gov/agencies/ebsa/es/about-ebsa/our-activities/informacion-en-español](http://www.dol.gov/agencies/ebsa/es/about-ebsa/our-activities/informacion-en-español)  
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](http://www.cms.hhs.gov)  
1-877-267-2323, opción de menú 4, Ext. 61565

## Sus derechos y protecciones contra facturas médicas inesperadas

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

### **¿Qué es la "facturación del saldo" (a veces denominada "facturación sorpresa")?**

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

"Fuera de la red" describe proveedores e instalaciones que no han firmado un contrato con su plan de salud. Es posible que los proveedores fuera de la red puedan facturarle la diferencia entre lo que acordó pagar su plan y el monto total cobrado por un servicio. A esto se le llama "facturación del saldo". Es probable que esta cantidad sea mayor que los costos dentro de la red por el mismo servicio y es posible que no cuente para su límite anual de desembolso personal.

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

### **Estás protegido de la facturación del saldo de:**

#### **Servicios de emergencia**

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

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

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

Si obtiene otros servicios en estas instalaciones dentro de la red, los proveedores fuera de la red no pueden facturarle el saldo, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones.

**Nunca está obligado a renunciar a sus protecciones contra la facturación del saldo. Tampoco es necesario que reciba atención fuera de la red. Puede elegir un proveedor o un centro de la red de su plan.**

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

- Usted solo es responsable de pagar su parte del costo (como los copagos, el coseguro y los deducibles que pagaría si el proveedor o el centro estuvieran dentro de la red). Su plan de salud pagará directamente a los proveedores e instalaciones fuera de la red.
- Su plan de salud generalmente debe:
  - Cubrir los servicios de emergencia sin necesidad de obtener una aprobación para los servicios por adelantado (autorización previa).
  - Cubre los servicios de emergencia de proveedores fuera de la red.
  - Base lo que le debe al proveedor o centro (costo compartido) en lo que le pagaría a un proveedor o centro dentro de la red y muestre ese monto en su explicación de beneficios.
  - Cuente cualquier monto que pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red para su deducible y límite de desembolso personal.

Si cree que se le ha facturado incorrectamente, puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados en [askebsa.dol.gov](http://askebsa.dol.gov) o 1-866-444-3272. Visite [www.dol.gov/agencies/ebsa](http://www.dol.gov/agencies/ebsa) para obtener más información sobre sus derechos según la ley federal.

## **La Ley De Ausencia Familiar Y Médica (FMLA)**

De Los Derechos De La Licencia Los empleados elegibles que trabajan para un empleador sujeto a esta ley pueden tomarse hasta 12 semanas de licencia sin sueldo sin perder su empleo por las siguientes razones:

- El nacimiento de un hijo o la colocación de un hijo en adopción o en hogar de crianza;
- Para establecer lazos afectivos con un niño (la licencia debe ser tomada dentro del primer año del nacimiento o la colocación del niño);
- Para cuidar al cónyuge del empleado, al hijo, o al padre que tenga un problema de salud serio que califique;
- Debido a un problema de salud serio del mismo empleado que califique y que resulte en que el empleado no pueda realizar su trabajo;
- Por exigencias que califiquen relacionadas con el despliegue de un miembro de las fuerzas armadas que sea cónyuge del empleado, hijo o padre.

Un empleado elegible que es cónyuge, hijo, padre o familiar más cercano del miembro de las fuerzas armadas que está cubierto, puede tomarse hasta 26 semanas de licencia bajo la Ley de Ausencia Familiar y Médica (FMLA, por sus siglas en inglés) en un periodo de 12 meses para cuidar al miembro de las fuerzas armadas que tenga una lesión o enfermedad seria. Un empleado no tiene que tomarse la licencia de una sola vez. Cuando es medicamente necesario o de otra manera permitido, los empleados pueden tomarse la licencia de forma intermitente o en una jornada reducida. Los empleados pueden elegir, o un empleador puede exigir, el uso de licencias pagadas acumuladas mientras se toman la licencia bajo la FMLA. Si un empleado sustituye la licencia pagada acumulada por la licencia bajo la FMLA, el empleado tiene que respetar las políticas de pago de licencias normales del empleador.

Beneficios Y Protecciones Mientras los empleados estén de licencia bajo la FMLA, los empleadores tienen que continuar con la cobertura del seguro de salud como si los empleados no estuvieran de licencia. Después de regresar de la licencia bajo la FMLA, a la mayoría de los empleados se les tiene que restablecer el mismo trabajo o uno casi idéntico, con el pago, los beneficios y otros términos y otras condiciones de empleo equivalentes. Un empleador no puede interferir con los derechos de la FMLA de un individuo o tomar represalias contra alguien por usar o tratar de usar la licencia bajo la FMLA, oponerse a cualquier práctica ilegal hecha por la FMLA, o estar involucrado en un procedimiento según o relacionado con la FMLA.

Requisitos De Elegibilidad Un empleado que trabaja para un empleador cubierto tiene que cumplir con tres criterios para poder ser elegible para una licencia bajo la FMLA. El empleado tiene que:

- Haber trabajado para el empleador por lo menos 12 meses;
- Tener por lo menos 1,250 horas de servicio en los 12 meses previos a tomar la licencia\*; y
- Trabajar en el lugar donde el empleador tiene al menos 50 empleados dentro de 75 millas del lugar de trabajo del empleado.

\*Requisitos especiales de “horas de servicio” se aplican a empleados de una tripulación de una aerolínea.

Pedido De La Licencia En general, los empleados tienen que pedir la licencia necesaria bajo la FMLA con 30 días de anticipación. Si no es posible avisar con 30 días de anticipación, un empleado tiene que notificar al empleador lo más pronto posible y, generalmente, seguir los procedimientos usuales del empleador. Los empleados no tienen que informar un diagnóstico médico, pero tienen que proporcionar información suficiente para que el empleador pueda determinar si la ausencia califica bajo la protección de la FMLA. La información suficiente podría incluir informarle al empleador que el empleado está o estará incapacitado para realizar sus funciones laborales, que un miembro de la familia no puede realizar las actividades diarias, o que una hospitalización o un tratamiento médico es necesario. Los empleados tienen que informar al empleador si la necesidad de la ausencia es por una razón por la cual la licencia bajo la FMLA fue previamente tomada o certificada. Los empleadores pueden exigir un certificado o una recertificación periódica que respalde la necesidad de la licencia. Si el empleado determina que la certificación está incompleta, tiene que proporcionar un aviso por escrito indicando qué información adicional se requiere.

Responsabilidades Del Empleador Una vez que el empleador tome conocimiento que la necesidad de la ausencia del empleado es por una razón que puede calificar bajo la FMLA, el empleador tiene que notificar al empleado si él o ella es elegible para una licencia bajo FMLA y, si es elegible, también tiene que proporcionar un aviso de los derechos y las responsabilidades según la FMLA. Si el empleado no es elegible, el empleador tiene que brindar una razón por la cual no es elegible. Los empleadores tienen que notificar a sus empleados si la ausencia será designada como licencia bajo la FMLA, y de ser así, cuánta ausencia será designada como licencia bajo la FMLA.

Cumplimiento Los empleados pueden presentar un reclamo ante el Departamento de Trabajo de EE. UU., la División de Horas y Salarios, o pueden presentar una demanda privada contra un empleador. La FMLA no afecta a ninguna ley federal o estatal que prohíba la discriminación ni sustituye a ninguna ley estatal o local o convenio colectivo de negociación que proporcione mayores derechos de ausencias familiares o médicas.

## **Aviso Importante de Viaggio Marine Sobre su Cobertura para Recetas Médicas y Medicare (Acreditable)**

Por favor lea este aviso cuidadosamente y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual para recetas médicas con [Inserte el Nombre de la Entidad] y sus opciones bajo la cobertura de Medicare para medicamentos recetados. Además, le menciona dónde encontrar más información que le ayude a tomar decisiones sobre su cobertura para medicinas. Si usted está considerando inscribirse, debe comparar su cobertura actual, incluyendo los medicamentos que están cubiertos a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicinas recetadas en su área. Información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados se encuentra al final de este aviso.

Hay dos cosas importantes que usted necesita saber sobre su cobertura actual de Medicare y la cobertura de medicamentos recetados:

1. La nueva cobertura de Medicare para recetas médicas está disponible desde el 2006 para todas las personas con Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan de Medicare para Recetas Médicas, o un Plan Medicare Advantage (como un PPO o HMO) que ofrece cobertura para medicamentos recetados. Todos los planes de Medicare para recetas médicas proporcionan por lo menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Además, algunos planes pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
2. Viaggio Marine ha determinado que la cobertura para recetas médicas ofrecida por el Viaggio Marine Health Plan en promedio se espera que pague tanto como lo hará la cobertura estándar de Medicare para recetas médicas para todos los participantes del plan y por lo tanto es considerada Cobertura Acreditable. Debido a que su cobertura actual es Acreditable, usted puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una penalidad), si más tarde decide inscribirse en un plan de Medicare.

### **¿Cuándo puede inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos?**

Usted puede inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos la primera vez que es elegible para Medicare y cada año del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Sin embargo, si pierde su cobertura actual acreditable, y no es su culpa, usted será elegible para dos (2) meses en el Período de Inscripción Especial (SEP) para suscribirse en un Plan Medicare de medicinas.

### **¿Qué sucede con su cobertura actual si decide inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos?**

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura actual de plan de salud grupal de Viaggio Marine no se verá afectada. Si mantiene su cobertura actual y elige la Parte D de Medicare, su cobertura plan de salud grupal de Viaggio Marine puede coordinarse con su cobertura de la Parte D de Medicare. Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y cancelar su cobertura actual plan de salud grupal de Viaggio Marine, tenga en cuenta que usted y sus dependientes no podrán recuperar esta cobertura, a menos que tenga un evento de vida calificado o hasta que el próxima inscripción abierta.

Si usted lleva 63 días o más sin cobertura acreditable para recetas médicas que sea por lo menos tan buena como la cobertura de Medicare para recetas médicas, su prima mensual aumentará por lo menos un 1% al mes por cada mes que usted no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si usted lleva diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima siempre será por lo menos 19% más alta de lo que la mayoría de la gente paga. Usted

# Avisos de Cumplimiento

tendrá que pagar esta prima más alta (penalidad) mientras tenga la cobertura de Medicare. Además, usted tendrá que esperar hasta el siguiente mes de octubre para inscribirse.

## Para más información sobre este aviso o su cobertura actual para recetas médicas...

Póngase en contacto con la persona que se indica a continuación para obtener más información.

**NOTA:** Usted recibirá este aviso cada año. Recibirá el aviso antes del próximo período en el cual usted puede inscribirse en la cobertura de Medicare para recetas médicas, y en caso de que esta cobertura con Viaggio Marine cambie. Además, usted puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

## Para más información sobre sus opciones bajo la cobertura de Medicare para recetas médicas...

Revise el manual "Medicare y Usted" para información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura para recetas médicas. Medicare le enviará por correo un ejemplar del manual. Tal vez los planes de Medicare para recetas médicas le llamen directamente. Asimismo, usted puede obtener más información sobre los planes de Medicare para recetas médicas de los siguientes lugares:

- Visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) por Internet para obtener ayuda personalizada,
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte su manual Medicare y Usted para obtener los números telefónicos)
- Llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

Para las personas con ingresos y recursos limitados, hay ayuda adicional que paga por un plan de Medicare para recetas médicas. El Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) tiene disponible información sobre esta ayuda adicional. Para más información sobre esta ayuda adicional, visite la SSA en línea en [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov) por Internet, o llámeles al 1-800-772-1213 (Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-800-325-0778).

Recuerde: Guarde este aviso. Si se inscribe en uno de los nuevos planes aprobados por Medicare que ofrece cobertura de medicamentos recetados, tal vez necesite dar una copia de este aviso cuando se inscriba a fin de demostrar si mantiene o no una cobertura acreditable y si debe pagar una prima más alta (una penalidad).

Fecha efectiva: 01/01/2026

Nombre de la Entidad/Remitente: **Viaggio Marine**

Contacto-Puesto/Oficina: Tina Rheinheimer – Human Resources

Dirección: 807 Lakota Lane, P.O. Box 219, Bristol, IN 46507

Número de Teléfono: 574-848-1636



Consulte los documentos oficiales del plan para obtener descripciones más completas de los planes de beneficios. En caso de cualquier inconsistencia o discrepancia entre la información proporcionada en esta guía y los documentos oficiales del plan, prevalecerán los documentos oficiales del plan. Viaggio Marine se reserva el derecho de modificar, suspender o cancelar cualquier plan de beneficios, total o parcialmente, en cualquier momento sin previo aviso, incluida la realización de cambios para cumplir y ejercer sus opciones según las leyes aplicables. La autoridad para realizar dichos cambios recae en el Administrador del Plan. Para ver las descripciones resumidas del plan y los certificados de cobertura, visite [www.viaggiopontoonboats.com](http://www.viaggiopontoonboats.com). Puede comunicarse con Recursos Humanos por 574-848-1636 para solicitar una copia impresa de la descripción resumida del plan y otros documentos oficiales del plan o programa, que se le proporcionarán sin costo alguno.



VIAGGIO