

Wilks Brothers, LLC

Avisos legales importantes



Si usted (y/o sus dependientes) tienen Medicare o serán elegibles para Medicare en los próximos 12 meses, una ley federal le brinda más opciones sobre su cobertura de medicamentos recetados. Consulte la página 9 para obtener más detalles.

AVISO IMPORTANTE: Este documento se proporciona para ayudar a los empleadores a comprender las obligaciones de cumplimiento de los planes de beneficios de salud y bienestar, pero es posible que no tenga en cuenta todas las circunstancias relevantes para un plan o situación en particular. No es exhaustivo y no sustituye al asesoramiento legal.



Avisos legales importantes que afectan la cobertura de su plan de salud

LA LEY DE DERECHOS DE LA MUJER CONTRA EL CÁNCER DE 1998

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 una manera determinada 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 de la otra mama 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 coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados bajo este plan. Por lo tanto, se aplican los siguientes deducibles y coseguros: **deducible de \$6,450 o \$2,000 con coseguro del 100% u 80%, según el plan en el que se inscriba.**

DIVULGACIÓN DE LA LEY DE RECIÉN NACIDOS - FEDERAL

Los planes de salud grupales y los emisores de seguros de salud generalmente no pueden, según la ley federal, restringir los beneficios por cualquier estadía hospitalaria 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 de una cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe que el proveedor de atención de la madre o del recién nacido, después de consultar con la madre, dé de alta a la madre o a su recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, los planes y 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 estadía que no exceda las 48 horas (o 96 horas).

AVISO DE DERECHOS ESPECIALES DE INSCRIPCIÓN

Si está rechazando 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 a sí mismo y a 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 su otra cobertura o la de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores a la finalización de su otra cobertura o la de sus dependientes (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).

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

Además, si rechaza la inscripción para usted o sus dependientes elegibles (incluido su cónyuge) mientras la cobertura de Medicaid o la cobertura de un programa estatal de CHIP esté vigente, es posible que pueda inscribirse a sí mismo y a sus dependientes en este plan si:

- la cobertura se pierde bajo Medicaid o un programa estatal de CHIP; o
- usted o sus dependientes son elegibles para un subsidio de asistencia para primas del Estado.

En cualquier caso, debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la pérdida de cobertura o la fecha en que sea elegible para recibir asistencia para la prima.

Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, comuníquese con la persona que figura al final de este resumen.

AVISO DE LA ADA SOBRE LOS PROGRAMAS DE BIENESTAR

Wilks Brothers ofrece un programa de bienestar voluntario disponible para todos los empleados. El programa se administra de acuerdo con las reglas federales que permiten programas de bienestar patrocinados por el empleador que buscan mejorar la salud de los empleados o prevenir enfermedades, incluida la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990, la Ley de No Discriminación por Información Genética de 2008 y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, según corresponda, entre otras. Si elige participar en el programa de bienestar, se le pedirá que complete una evaluación voluntaria de riesgos para la salud o "HRA" que hace una serie de preguntas sobre sus actividades y comportamientos relacionados con la salud y si tiene o ha tenido ciertas afecciones médicas (por ejemplo, cáncer, diabetes o enfermedad cardíaca). También se le pedirá que complete un examen biométrico, que incluirá un análisis de sangre para el panel de análisis de sangre preventivo estándar (colesterol total, colesterol HDL, colesterol LDL, triglicéridos y glucosa o hemoglobina A1C). No está obligado a completar la HRA ni a participar en el análisis de sangre u otros exámenes médicos.

Sin embargo, las personas que elijan participar en el programa de bienestar recibirán un descuento mensual en la prima del seguro de \$50 durante el próximo año. Aunque no está obligado a completar la HRA ni a participar en la evaluación biométrica, solo los empleados que lo hagan recibirán el descuento de la prima de \$50 el próximo año.

Protecciones contra la divulgación de información médica

La ley nos exige mantener la privacidad y seguridad de su información de salud de identificación personal. Aunque el programa de bienestar y Wilks Brothers pueden usar información agregada que recopila para diseñar un programa basado en los riesgos de salud identificados en el lugar de trabajo, el Programa de Bienestar de Wilks Brothers nunca divulgará su información personal ni públicamente ni al empleador, excepto cuando sea necesario para responder a una solicitud suya de una adaptación razonable necesaria para participar en el programa de bienestar, o según lo permita expresamente la ley. La información médica que lo identifique personalmente y que se proporcione en relación con el programa de bienestar no se proporcionará a sus supervisores o gerentes y nunca se puede utilizar para tomar decisiones con respecto a su empleo.

Su información de salud no se venderá, intercambiará, transferirá ni divulgará de ninguna otra manera, excepto en la medida permitida por la ley para llevar a cabo actividades específicas relacionadas con el programa de bienestar, y no se le pedirá ni se le exigirá que renuncie a la confidencialidad de su información de salud como condición para participar en el programa de bienestar o recibir un incentivo. Cualquier persona que reciba su información con el fin de brindarle servicios como parte del programa de bienestar cumplirá con los mismos requisitos de confidencialidad. La única persona que recibirá su información de salud de identificación personal es un médico o un evaluador biométrico para brindarle servicios bajo el programa de bienestar.

Además, toda la información médica obtenida a través del programa de bienestar se mantendrá separada de sus registros personales, la información almacenada electrónicamente se cifrará y ninguna información que proporcione como parte del programa de bienestar se utilizará para tomar ninguna decisión de empleo. Se tomarán las precauciones adecuadas para evitar cualquier violación de datos, y en caso de que ocurra una violación de datos que involucre la información que proporcione en relación con el programa de bienestar, se lo notificaremos de inmediato.

No puede ser discriminado en el empleo debido a la información médica que proporciona como parte de la participación en el programa de bienestar, ni puede ser objeto de represalias si decide no participar.

Si tiene preguntas o inquietudes con respecto a este aviso, o sobre las protecciones contra la discriminación y las represalias, comuníquese con el Departamento de Beneficios al benefits@wilksbrothers.com.

DIVULGACIÓN DEL PROGRAMA DE BIENESTAR HIPAA

Su plan de salud se compromete a ayudarlo a lograr su mejor salud. Las recompensas por participar en un programa de bienestar están disponibles para todos los empleados. Si cree que no puede cumplir con un estándar para una recompensa bajo este programa de bienestar, podría calificar para la oportunidad de ganar la misma recompensa por diferentes medios. Contáctenos en benefits@wilksbrothers.com y trabajaremos con usted (y, si lo desea, con su médico) para encontrar un programa de bienestar con la misma recompensa que sea adecuado para usted a la luz de su estado de salud.

DECLARACIÓN DE DERECHOS DE ERISA

Como participante en el Plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones en virtud de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 ("ERISA"). ERISA establece que todos los participantes tendrán derecho a:

Reciba información sobre su plan y beneficios

- Examinar, sin cargo, en la oficina del Administrador del Plan y en otros lugares especificados, el Plan y los documentos del Plan, incluido el contrato de seguro y copias de todos los documentos presentados por el Plan ante el Departamento de Trabajo de los EE. UU., si corresponde, como informes anuales y descripciones del Plan.
- Obtenga copias de los documentos del Plan y otra información del Plan previa solicitud por escrito al Administrador del Plan. El Administrador del Plan puede hacer un cargo razonable por las copias.
- Recibir un resumen del informe financiero anual del Plan, si es necesario que se proporcione según ERISA. El Administrador del Plan está obligado por ley a proporcionar a cada participante una copia de este informe anual resumido, si corresponde.

Continuar con la cobertura del plan de salud grupal

Si corresponde, puede continuar con la cobertura de atención médica para usted, su cónyuge o sus dependientes si hay una pérdida de cobertura bajo el plan como resultado de un evento calificado. Es posible que usted y sus dependientes tengan que pagar por dicha cobertura. Revise la descripción resumida del plan y los documentos que rigen el Plan para conocer las reglas sobre la continuación de los derechos de cobertura de COBRA.

Acciones prudentes de los fiduciarios del plan

Además de crear derechos para los participantes, ERISA impone deberes a las personas responsables de la operación del Plan. Estas personas, llamadas "fiduciarios" del Plan, tienen el deber de operar el Plan con prudencia y en interés de usted y de otros participantes del Plan.

Nadie, incluida la Compañía o cualquier otra persona, puede despedirlo o discriminarlo de ninguna manera para evitar que obtenga beneficios sociales o ejerza sus derechos bajo ERISA.

Haga cumplir sus derechos

Si su reclamo de un beneficio de asistencia social es denegado en su totalidad o en parte, debe recibir una explicación por escrito del motivo de la denegación. Tiene derecho a que se revise el Plan y reconsidere su reclamo.

Según ERISA, hay pasos que puede seguir para hacer cumplir estos derechos. Por ejemplo, si solicita materiales al Administrador del Plan y no los recibe dentro de los 30 días, puede presentar una demanda en un tribunal federal. En tal caso, el tribunal puede requerir que el Administrador del Plan proporcione los materiales y le pague hasta \$110 por día, hasta que reciba los materiales, a menos que los materiales no se hayan enviado debido a razones fuera del control del Administrador del Plan. Si tiene un reclamo de beneficios que se niega o ignora, en su totalidad o en parte, y ha agotado los procedimientos de reclamos disponibles bajo el Plan, puede presentar una demanda en un tribunal estatal o federal. Si sucediera que los fiduciarios del Plan hicieran un mal uso del dinero del Plan, o si lo discriminan por hacer valer sus derechos, puede buscar ayuda del Departamento de Trabajo de los EE. UU. o puede presentar una demanda en un tribunal federal. El órgano jurisdiccional decidirá quién debe pagar las costas judiciales y los honorarios de los abogados. Si tiene éxito, la corte puede ordenar a la persona a la que ha demandado que pague estos costos y tarifas. Si pierde (por ejemplo, si el tribunal determina que su reclamo es frívolo), el tribunal puede ordenarle que pague estos costos y honorarios.

Asistencia con sus preguntas

Si tiene alguna pregunta sobre su Plan, esta declaración o sus derechos bajo ERISA, debe comunicarse con la oficina más cercana de la Administración de Seguridad y Beneficios para Empleados, Departamento de Trabajo de EE. UU., que figura en su directorio telefónico o con la División de Asistencia Técnica y Consultas, Administración de Seguridad y Beneficios para Empleados, Departamento de Trabajo de EE. UU., 200 Constitution Avenue N.W., Washington, D.C. 20210.

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Las preguntas relacionadas con esta información pueden dirigirse a:

Departamento de Beneficios

Apartado de correos 1032

Cisco, TX 76437

817-693-2890

benefits@wilksbrothers.com

Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

*Se recomienda a los destinatarios del aviso que lean el aviso completo.
La información de contacto para preguntas o quejas está disponible al final del aviso.*

Sus derechos

Tiene derecho a:

- Obtenga una copia de sus registros de salud y reclamos
- Corregir sus registros de salud y reclamos
- Solicitar comunicación confidencial
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos
- Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información
- Obtenga una copia de este aviso de privacidad
- Elige a alguien que actúe por ti
- Presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad

Sus opciones

Tiene algunas opciones en la forma en que usamos y compartimos información a medida que:

- Responda preguntas sobre cobertura de su familia y amigos
- Proporcionar ayuda en casos de desastre
- Comercializar nuestros servicios y vender su información

Nuestros usos y divulgaciones

Podemos usar y compartir su información cuando:

- Ayudar a administrar el tratamiento de atención médica que recibe
- Dirigir nuestra organización
- Paga tus servicios de salud
- Administre su plan de salud
- Ayuda con problemas de salud y seguridad pública
- Investiga
- Cumplir con la ley
- Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un médico forense o director de funeraria.
- Abordar la compensación de los trabajadores, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales
- Responder a demandas y acciones legales

Sus derechos

Cuando se trata de su información médica, tiene ciertos derechos.

Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

Obtenga una copia de los registros de salud y reclamos

- Puede solicitar ver u obtener una copia de sus registros de salud y reclamos y otra información de salud que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacer esto.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de sus registros de salud y reclamos, generalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo.

Pídanos que corrijamos los registros de salud y reclamos

- Puede pedirnos que corriamos sus registros de salud y reclamamos si cree que son incorrectos o están incompletos. Pregúntenos cómo hacer esto.
- Podemos decir "no" a su solicitud, pero le diremos por qué por escrito, generalmente dentro de los 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono de su casa u oficina) o que le enviemos correo a una dirección diferente.
- Consideraremos todas las solicitudes razonables y debemos decir "sí" si nos dice que estaría en peligro si no lo hacemos.

Pídanos que limitemos lo que usamos o compartimos

- Puede pedirnos que no usemos ni compartamos cierta información médica para tratamiento, pago o nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud.

Obtener una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información médica hasta seis años antes de la fecha en que la solicita, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las relacionadas con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y ciertas otras divulgaciones (como las que nos pidió que hiciéramos). Proporcionaremos un informe al año de forma gratuita, pero cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otro dentro de los 12 meses.

Obtenga una copia de este aviso de privacidad

- Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir el aviso electrónicamente. Le proporcionaremos una copia impresa de inmediato.

Elige a alguien que actúe por ti

- Si le ha otorgado a alguien un poder notarial médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

Presentar una queja si cree que se violan sus derechos

- Puede presentar una queja si cree que hemos violado sus derechos poniéndose en contacto con nosotros utilizando la información que figura al final de este aviso.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. enviando una carta a 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html.
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Sus opciones

Para cierta información de salud, puede decirnos sus opciones sobre lo que compartimos.

Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, hable con nosotros. Díganos lo que quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de decirnos:

- Compartir información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su atención
 - Compartir información en una situación de socorro en caso de desastre
- Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad.*
- En estos casos, nunca compartimos su información a menos que nos dé permiso por escrito:
- Fines de marketing
 - Venta de su información

Nuestros usos y divulgaciones

¿Cómo usamos o compartimos normalmente su información de salud?

Por lo general, usamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

Ayudar a administrar el tratamiento de atención médica que recibe

Podemos usar su información de salud y compartirla con los profesionales que lo están tratando.

Ejemplo: Un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos organizar servicios adicionales.

Paga tus servicios de salud

Podemos usar y divulgar su información médica a medida que pagamos sus servicios de salud.

Ejemplo: Compartimos información sobre usted con su plan dental para coordinar el pago de su trabajo dental.

Administre su plan

Podemos divulgar su información médica al patrocinador de su plan de salud para la administración del plan.

Ejemplo: Su compañía contrata con nosotros para proporcionar un plan de salud, y le proporcionamos a su compañía ciertas estadísticas para explicar las primas que cobramos.

Dirigir nuestra organización

- Podemos usar y divulgar su información para administrar nuestra organización y comunicarnos con usted cuando sea necesario.
- No se nos permite usar información genética para decidir si le daremos cobertura y el precio de 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.

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

Se nos permite o se nos exige compartir su información de otras maneras, generalmente de manera que contribuya al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir con muchas condiciones de la ley antes de poder compartir su información para estos fines. Para más información, véase: www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/guidance-materials-for-consumers/index.html.

Ayuda con problemas de salud y seguridad pública

Podemos compartir información médica sobre usted para ciertas situaciones, tales como:

- Prevención de enfermedades
- Ayudar con los retiros de productos
- Informar reacciones adversas a medicamentos
- Denunciar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona

Investiga

Podemos usar o compartir su información para investigaciones de salud.

Cumplir con la ley

Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quiere ver que cumplimos con la ley federal de privacidad.

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un médico forense o director de funeraria.

- Podemos compartir información de salud sobre usted con organizaciones de obtención de órganos.
- Podemos compartir información de salud con un médico forense, un médico forense o un director de funeraria cuando una persona muere.

Abordar la compensación de los trabajadores, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales

Podemos usar o compartir información médica sobre usted:

- Para reclamos de compensación laboral
- Para fines de aplicación de la ley o con un oficial de la ley
- Con agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley
- Para funciones gubernamentales especiales como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial

Responder a demandas y acciones legales

Podemos compartir información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

Información sobre el tratamiento de los usos y divulgaciones del trastorno por uso de sustancias (SUD)

- Si recibimos o mantenemos registros sobre usted de un programa de tratamiento de SUD sujeto a 42 CFR parte 2 (un "Programa de la Parte 2") a través del consentimiento que usted proporciona al Programa de la Parte 2 para usar o divulgar los registros, o el testimonio que transmite el contenido de dichos registros, se les brinda protección adicional. Estos registros no se utilizarán ni divulgarán en procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos en su contra a menos que proporcione su consentimiento por escrito, o se emita una orden judicial después de la notificación y usted o el titular de los registros le brinden la oportunidad de ser escuchado.

Nuestras responsabilidades

- La ley nos exige mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos de inmediato si ocurre una violación que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y las prácticas de privacidad descritos en este aviso y darle una copia del mismo.
- No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea la descrita aquí a menos que nos indique que podemos hacerlo por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Para más información, véase: www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/guidance-materials-for-consumers/index.html.

Cambios a los términos de este Aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a pedido, en nuestro sitio web (si corresponde), y le enviaremos una copia por correo.

Aviso importante de Wilks Brothers, LLC sobre su cobertura de medicamentos recetados y Medicare

Lea atentamente este aviso y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso tiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados con Wilks Brothers, LLC y sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarlo a decidir si desea o no inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si está considerando inscribirse, debe comparar su cobertura actual, incluidos qué medicamentos están cubiertos a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su área. La 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 debe saber sobre su cobertura actual y la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare estuvo disponible en 2006 para todos los que tienen Medicare. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare o se inscribe en un plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) que ofrece cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare brindan al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
2. Wilks Brothers, LLC ha determinado que se espera que la cobertura de medicamentos recetados ofrecida por BlueCross BlueShield of Texas para el año del plan 2025, en promedio para todos los participantes del plan, pague tanto como paga la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y, por lo tanto, se considera **cobertura acreditable**. Debido a que su cobertura existente es Cobertura Acreditable, puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una multa) si más adelante decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

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

Puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare cuando sea elegible para Medicare por primera vez y cada año desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Sin embargo, si pierde su cobertura acreditable actual de medicamentos recetados, por causas ajenas a su voluntad, también será elegible para un Período Especial de Inscripción (SEP) de dos (2) meses para unirse a un plan de medicamentos de Medicare.

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

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, pueden aplicarse las siguientes opciones:

- Puede permanecer en el plan de salud de Wilks Brothers, LLC y no inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare en este momento. Es posible que pueda inscribirse en el programa de medicamentos recetados de Medicare en una fecha posterior sin penalización:
 - Durante el período de inscripción anual de medicamentos recetados de Medicare, o
 - Si pierde la cobertura acreditable de Wilks Brothers, LLC Health Plan.
- Puede permanecer en el plan de salud de Wilks Brothers, LLC y también inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare. El plan de salud Wilks Brothers, LLC será el pagador principal de los medicamentos recetados y la Parte D de Medicare se convertirá en el pagador secundario.

- Puede rechazar la cobertura en el plan de salud de Wilks Brothers, LLC e inscribirse en Medicare como su único pagador de todos los gastos médicos y de medicamentos recetados. Si no se inscribe en el plan de salud de Wilks Brothers, LLC, no puede recibir cobertura a través del plan a menos que y hasta que sea elegible para volver a inscribirse en el plan en el próximo período de inscripción abierta o debido a un cambio de estado en el plan de cafetería o evento de inscripción especial.

¿Cuándo pagará una prima más alta (multa) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

También debe saber que si cancela o pierde su cobertura actual con Wilks Brothers, LLC y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días continuos posteriores a la finalización de su cobertura actual, puede pagar una prima más alta (una multa) para unirse a un plan de medicamentos de Medicare más adelante. Si pasa 63 días continuos o más sin cobertura acreditable de medicamentos recetados, su prima mensual puede aumentar al menos un 1% de la prima base del beneficiario de Medicare por mes por cada mes que no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima puede ser consistentemente al menos un 19% más alta que la prima base del beneficiario de Medicare. Es posible que deba pagar esta prima más alta (una multa) siempre que tenga cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que tengas que esperar hasta el siguiente octubre para unirte.

Para obtener más información sobre este aviso o su cobertura actual de medicamentos recetados...

NOTA: Recibirá este aviso cada año. También lo obtendrá antes del próximo período en el que puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, y si esta cobertura a través de Wilks Brothers, LLC cambia. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para obtener más información sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare...

La información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados se encuentra en el manual "Medicare y usted". Recibirá una copia del manual por correo todos los años de Medicare. También es posible que los planes de medicamentos de Medicare se comuniquen directamente con usted.

Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

- Visita www.medicare.gov
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte la contraportada interior de su copia del manual "Medicare y usted" para obtener su número de teléfono) para obtener ayuda personalizada
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene ingresos y recursos limitados, hay ayuda adicional disponible para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite el Seguro Social en la web al www.socialsecurity.gov, o llámelos al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Recuerde: Guarde este aviso de cobertura acreditable. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que deba proporcionar una copia de este aviso cuando se inscriba para demostrar si ha mantenido o no una cobertura acreditable y, por lo tanto, si debe pagar o no una prima más alta (una multa).

Fecha: enero 1, 2026

Nombre/Entidad del remitente: Wilks Brothers, LLC

Contacto Puesto/Oficina: Departamento de Beneficios

Dirección: Apartado de correos 1032, Cisco TX 76437

Número de teléfono: 817-693-2890

Asistencia para las primas de Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y son elegibles para la cobertura de salud de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia para primas que puede ayudar a pagar la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no serán elegibles para estos programas de asistencia para primas, pero es posible 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 CHIP y vive en uno de los estados que se enumeran a continuación, comuníquese con su oficina estatal de Medicaid o CHIP para averiguar si hay asistencia para las primas disponible.

Si usted o sus dependientes NO están actualmente inscritos en Medicaid o CHIP, y cree que usted o cualquiera de sus dependientes podrían ser elegibles para cualquiera de estos programas, comuníquese con su oficina estatal de Medicaid o CHIP o marque **1-877-KIDS NOW** o www.insurekidsnow.gov para averiguar cómo presentar una solicitud. Si califica, pregunte a su estado si tiene un programa que pueda ayudarlo a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir asistencia con las primas de Medicaid o CHIP, así como elegibles según el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan de su empleador si aún no está inscrito. Esto se denomina oportunidad de "inscripción especial" y **debe solicitar cobertura dentro de los 60 días posteriores a la determinación de ser elegible para recibir asistencia con la prima**. Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo al www.askebsa.dol.gov o llame al **1-866-444-EBSA (3272)**.

Si vive en uno de los siguientes estados, puede ser elegible para recibir asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de julio de 2025. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad:

ALABAMA – Medicaid	ALASKA – Medicaid
Sitio web: http://myalhipp.com/ Teléfono: 1-855-692-5447	El Programa de Pago de Primas de Seguro Médico AK Sitio web: http://myakhipp.com/ Teléfono: 1-866-251-4861 Correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad para Medicaid: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx
ARKANSAS - Medicaid	CALIFORNIA – Medicaid
Sitio web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Sitio web del programa de pago de primas de seguro médico (HIPP): http://dhcs.ca.gov/hipp Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov

COLORADO – Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)	FLORIDA – Medicaid
<p>Sitio web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/ Centro de contacto para miembros de Health First Colorado: 1-800-221-3943 / Relé estatal 711 CHP+: https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus Servicio al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/State Relay 711 Programa de compra de seguro médico (HIBI): Servicio al cliente de https://www.mycohibi.com/ HIBI: 1-855-692-6442</p>	<p>Sitio web: https://www.flmedicaidtprecovery.com/flmedicaidtprecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268</p>
GEORGIA – Medicaid	INDIANA – Medicaid
<p>Sitio web de GA HIPP: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162, Presione 1 Sitio web de GA CHIPRA: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Teléfono: 678-564-1162, Presione 2</p>	<p>Programa de pago de primas de seguro médico Todos los demás Medicaid Sitio web: https://www.in.gov/medicaid/ http://www.in.gov/fssa/dfr/ Administración de Servicios Sociales y Familiares 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: Medicaid de Iowa Teléfono de Medicaid de Salud y Servicios Humanos : 1-800-338-8366 Sitio web de Hawki: Hawki - Niños sanos y sanos en Iowa Salud y Servicios Humanos Hawki Teléfono: 1-800-257-8563 Sitio web de HIPP: Pago de primas de seguro médico (HIPP) Salud y Servicios Humanos (iowa.gov) Teléfono HIPP: 1-888-346-9562</p>	<p>Sitio web: https://www.kancare.ks.gov/ Teléfono: 1-800-792-4884 Teléfono HIPP: 1-800-967-4660</p>
KENTUCKY – Medicaid	LOUISIANA – Medicaid
<p>Sitio web del Programa Integrado de Pago de Primas de Seguro Médico de Kentucky (KI-HIPP): https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihhipp.aspx Teléfono: 1-855-459-6328 Correo electrónico: KIHIPPI.PROGRAM@ky.gov Sitio web de KCHIP: https://kynect.ky.gov Teléfono: 1-877-524-4718 Sitio web de Medicaid de Kentucky: https://chfs.ky.gov/agencies/dms</p>	<p>Sitio web: www.medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)</p>
MAINE – Medicaid	MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP

<p>Sitio web de inscripción: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Retransmisión de Maine 711 Página web de primas de seguros de salud privados: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-977-6740 TTY: Retransmisión de Maine 711</p>	<p>Sitio web: https://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840 TTY: 711 Correo electrónico: masspremassistance@accenture.com</p>
MINNESOTA - Medicaid	MISSOURI - Medicaid
<p>Sitio web: https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/ Teléfono: 1-800-657-3672</p>	<p>Sitio web: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005</p>
MONTANA – Medicaid	NEBRASKA - Medicaid
<p>Sitio web: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084 Correo electrónico: HSHIPPPProgram@mt.gov</p>	<p>Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178</p>
NEVADA – Medicaid	NEW HAMPSHIRE – Medicaid
<p>Sitio web de Medicaid: http://dhcftp.nv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900</p>	<p>Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Teléfono: 603-271-5218 Número gratuito para el programa HIPP: 1-800-852-3345, ext. 15218 Correo electrónico: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov</p>
NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP	NUEVA YORK – Medicaid
<p>Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clientes/medicaid/ Teléfono: 1-800-356-1561 Teléfono de asistencia premium de CHIP: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono CHIP: 1-800-701-0710 (TTY: 711)</p>	<p>Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831</p>
CAROLINA DEL NORTE – Medicaid	DAKOTA DEL NORTE – Medicaid
<p>Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov/ Teléfono: 919-855-4100</p>	<p>Sitio web: https://www.hhs.nd.gov/healthcare Teléfono: 1-844-854-4825</p>
OKLAHOMA – Medicaid y CHIP	OREGON – Medicaid y CHIP
<p>Website: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742</p>	<p>Sitio web: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-800-699-9075</p>

PENSILVANIA – Medicaid y CHIP	RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP
<p>Sitio web: https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html Teléfono: 1-800-692-7462 Sitio web de CHIP: Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) (pa.gov) Teléfono CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)</p>	<p>Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 1-855-697-4347, o 401-462-0311 (Línea directa de repartición de rite)</p>
CAROLINA DEL SUR – Medicaid	DAKOTA DEL SUR - Medicaid
<p>Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820</p>	<p>Sitio web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059</p>
TEXAS – Medicaid	UTAH – Medicaid y CHIP
<p>Sitio web: Programa de pago de primas de seguro médico (HIPP) Salud y Servicios Humanos de Texas Teléfono: 1-800-440-0493</p>	<p>Sitio web de la Asociación de Primas para Seguros de Salud (UPP) de Utah: https://medicaid.utah.gov/upp/ Correo electrónico: upp@utah.gov Teléfono: 1-888-222-2542 Sitio web de expansión para adultos: https://medicaid.utah.gov/expansion/ Sitio web del Programa de Compra de Medicaid de Utah: https://medicaid.utah.gov/buyout-program/ Sitio web de CHIP: https://chip.utah.gov/</p>
VERMONT – Medicaid	VIRGINIA – Medicaid y CHIP
<p>Sitio web: Programa de pago de primas de seguro médico (HIPP) Departamento de Acceso a la Salud de Vermont Teléfono: 1-800-250-8427</p>	<p>Sitio web: https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs Teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924</p>
WASHINGTON – Medicaid	VIRGINIA OCCIDENTAL – Medicaid y CHIP
<p>Sitio web: https://www.hca.wa.gov/ Teléfono: 1-800-562-3022</p>	<p>Sitio web: https://dhhr.wv.gov/bms/ http://mywvhipp.com/ Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 Teléfono gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)</p>
WISCONSIN – Medicaid y CHIP	WYOMING - Medicaid
<p>Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002</p>	<p>Sitio web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Teléfono: 1-800-251-1269</p>

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

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

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

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Pub. L. 104-13) (PRA), no se requiere que las personas respondan a una recopilación de información a menos que dicha recopilación muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El Departamento señala que una agencia federal no puede realizar o patrocinar una recopilación de información a menos que sea aprobada por la OMB bajo la PRA, y muestre un número de control de la OMB actualmente válido, y el público no está obligado a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control de la OMB actualmente válido. Véase 44 U.S.C. 3507. Además, sin perjuicio de cualquier otra disposición de la ley, ninguna persona estará sujeta a una sanción por no cumplir con una recopilación de información si la recopilación de información no muestra un número de control de la OMB actualmente válido. Véase 44 U.S.C. 3512.

Se estima que la carga de informes públicos para esta recopilación de información es de aproximadamente siete minutos por encuestado. Se alienta a las partes interesadas a enviar comentarios sobre la estimación de la carga o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, al Departamento de Trabajo de EE. UU., Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados, Oficina de Política e Investigación, Atención: Oficial de Autorización de PRA, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210 o envíe un correo electrónico ebbsa.opr@dol.gov y haga referencia al Número de control de la OMB 1210-0137.

Número de control de la OMB 1210-0137 (vence el 31/1/2026)



Opciones de cobertura del Mercado de Seguros Médicos y su cobertura de salud

Form Approved
OMB No. 1210-0149
(expires 12-31-2026)

PARTE A: Información general

Incluso si se le ofrece cobertura de salud a través de su empleo, es posible que tenga otras opciones de cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos ("Mercado"). Para ayudarlo a evaluar las opciones para usted y su familia, este aviso proporciona información básica sobre el Mercado de Seguros Médicos y la cobertura de salud que se ofrece a través de su empleo.

¿Qué es el Mercado de Seguros Médicos?

El Mercado está diseñado para ayudarlo a encontrar un seguro de salud que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El Mercado ofrece una "ventanilla única" para encontrar y comparar opciones de seguro médico privado en su área geográfica.

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

Puede calificar para ahorrar dinero y reducir su prima mensual y otros costos de bolsillo, pero solo si su empleador no ofrece cobertura u ofrece cobertura que no se considera asequible para usted y no cumple con ciertos estándares de valor mínimo (que se analizan a continuación). Los ahorros para los que es elegible dependen de los ingresos de su hogar. También puede ser elegible para un crédito fiscal que reduce sus costos.

¿La cobertura de salud basada en el empleo afecta la elegibilidad para los ahorros en las primas a través del Mercado?

Sí. Si tiene una oferta de cobertura de salud de su empleador que se considera asequible para usted y cumple con ciertos estándares de valor mínimo, no será elegible para un crédito fiscal, o el pago anticipado del crédito fiscal, para su cobertura del Mercado y es posible que desee inscribirse en su plan de salud basado en el empleo. Sin embargo, puede ser elegible para un crédito fiscal y pagos anticipados del crédito que reduce su prima mensual, o una reducción en ciertos costos compartidos, si su empleador no le ofrece cobertura en absoluto o no ofrece cobertura que se considere asequible para usted o cumpla con los estándares de valor mínimo. Si su parte del costo de la prima de todos los planes que se le ofrecen a través de su empleo es más del 9.12%¹ de su ingreso familiar anual, o si la cobertura a través de su empleo no cumple con el estándar de "valor mínimo" establecido por la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, puede ser elegible para un crédito fiscal y el pago anticipado del crédito, si no se inscribe en la cobertura de salud basada en el empleo. Para los miembros de la familia del empleado, la cobertura se considera asequible si el costo de las primas del empleado para el plan de menor costo que cubriría a todos los miembros de la familia no excede el 9.12% de los ingresos familiares del empleado.²

Nota: Si compra un plan de salud a través del Mercado en lugar de aceptar la cobertura de salud ofrecida a través de su empleo, puede perder el acceso a lo que el empleador contribuya a la cobertura basada en el empleo. Además, esta contribución del empleador, así como la contribución de su empleado a la cobertura basada en el empleo, generalmente se excluye de los ingresos a efectos del impuesto sobre la renta federal y estatal. Sus pagos por cobertura a través del Mercado se realizan después de impuestos. Además, tenga en cuenta que si la cobertura de salud ofrecida a través de su empleo no cumple con los estándares de asequibilidad o valor mínimo, pero acepta esa cobertura de todos modos, no será elegible para un crédito fiscal. Debe considerar todos estos factores para determinar si comprar un plan de salud a través del Mercado.

¿Cuándo puedo inscribirme en la cobertura de seguro médico a través del Mercado?

Puede inscribirse en un plan de seguro médico del Mercado durante el Período de Inscripción Abierta anual del Mercado. La inscripción abierta varía según el estado, pero generalmente comienza el 1 de noviembre y continúa hasta al menos el 15 de diciembre.

¹ Indexado anualmente; consulte <https://www.irs.gov/pub/irs-drop/rp-22-34.pdf> para 2023.

² Un plan de salud patrocinado por el empleador u otro plan de salud basado en el empleo cumple con el "estándar de valor mínimo" si la parte del plan de los costos totales de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costos. A los efectos de la elegibilidad para el crédito tributario de prima, para cumplir con el "estándar de valor mínimo", el plan de salud también debe proporcionar una cobertura sustancial tanto de los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados como de los servicios médicos.

Fuera del Período de Inscripción Abierta anual, puede inscribirse en un seguro médico si califica para un Período Especial de Inscripción. En general, califica para un Período Especial de Inscripción si ha tenido ciertos eventos de vida calificados, como casarse, tener un bebé, adoptar un niño o perder la elegibilidad para otra cobertura de salud. Dependiendo de su tipo de Período Especial de Inscripción, es posible que tenga 60 días antes o 60 días después del evento de vida calificado para inscribirse en un plan del Mercado.

También hay un Período Especial de Inscripción del Mercado para las personas y sus familias que pierden la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) a partir del 31 de marzo de 2023 hasta el 31 de julio de 2024. Desde el inicio de la emergencia de salud pública COVID-19 en todo el país, las agencias estatales de Medicaid y CHIP generalmente no han cancelado la inscripción de ningún beneficiario de Medicaid o CHIP que se inscribió a partir del 18 de marzo de 2020 hasta el 31 de marzo de 2023. A medida que las agencias estatales de Medicaid y CHIP reanudan las prácticas regulares de elegibilidad e inscripción, es posible que muchas personas ya no sean elegibles para la cobertura de Medicaid o CHIP a partir del 31 de marzo de 2023. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. ofrece un período temporal de inscripción especial del Mercado para permitir que estas personas se inscriban en la cobertura del Mercado.

Las personas elegibles para el Mercado que viven en estados atendidos por HealthCare.gov y presentan una nueva solicitud o actualizan una solicitud existente en HealthCare.gov entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024, y dan fe de una fecha de terminación de la cobertura de Medicaid o CHIP dentro del mismo período de tiempo, son elegibles para un Período Especial de Inscripción de 60 días. Eso significa que si pierde la cobertura de Medicaid o CHIP entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024, es posible que pueda inscribirse en la cobertura del Mercado dentro de los 60 días posteriores a la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP. Además, si usted o los miembros de su familia están inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP, es importante asegurarse de que su información de contacto esté actualizada para asegurarse de obtener información sobre los cambios en su elegibilidad. Para obtener más información, visite HealthCare.gov o llame al Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-889-4325.

¿Qué pasa con las alternativas a la cobertura de seguro médico del Mercado?

Si usted o su familia son elegibles para la cobertura en un plan de salud basado en el empleo (como un plan de salud patrocinado por el empleador), usted o su familia también pueden ser elegibles para un Período Especial de Inscripción para inscribirse en ese plan de salud en ciertas circunstancias, incluso si usted o sus dependientes estaban inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP y perdieron esa cobertura. Por lo general, tiene 60 días después de la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP para inscribirse en un plan de salud basado en el empleo, pero si usted y su familia perdieron la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o CHIP entre el 31 de marzo de 2023 y el 10 de julio de 2023, puede solicitar esta inscripción especial en el plan de salud basado en el empleo hasta el 8 de septiembre de 2023. Confirme la fecha límite con su empleador o su plan de salud basado en el empleo.

Alternativamente, puede inscribirse en la cobertura de Medicaid o CHIP en cualquier momento completando una solicitud a través del Mercado o solicitando directamente a través de su agencia estatal de Medicaid. Visite <https://www.healthcare.gov/medicaid-chip/getting-medicaid-chip/> para obtener más detalles.

¿Cómo puedo obtener más información?

Para obtener más información sobre la cobertura que ofrece a través de su empleo, consulte la descripción resumida del plan de su plan de salud o comuníquese con:

Nombre de la entidad/remitente:	Hermanos Wilks, LLC
Contacto--Posición/Oficina:	Departamento de Beneficios
Dirección:	Apartado de correos 1032, Cisco TX 76437
Número de teléfono:	817-693-2890

El Mercado puede ayudarlo a evaluar sus opciones de cobertura, incluida su elegibilidad para la cobertura a través del Mercado y su costo. Visite HealthCare.gov para obtener más información, incluida una solicitud en línea para la cobertura de seguro médico y la información de contacto de un Mercado de Seguros Médicos en su área.

PARTE B: Información sobre la cobertura de salud ofrecida por su empleador

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

3. Nombre del empleador HERMANOS WILKS		4. Número de identificación del empleador (EIN) 45-2388948	
5. Dirección del empleador 301 E 18th ST		6. Número de teléfono del empleador 817-693-2890	
7. Ciudad CISCO		8. Estado TX	9. Ciudad CISCO
10. ¿A quién podemos contactar sobre la cobertura de salud de los empleados en este trabajo? AUSTIN HENYON			
11. Número de teléfono (si es diferente al anterior)		12. Dirección de correo electrónico	

Aquí hay información básica sobre la cobertura de salud que ofrece este empleador:

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

☒ Todos los empleados. Los empleados elegibles son:

All full-time employees working 30 or more hours per week

☐ Algunos empleados. Los empleados elegibles son:

- Con respecto a los dependientes:

☒ Ofrecemos cobertura. Los dependientes elegibles son:

Legal Spouse
Your legal dependent children younger than age 26
Your dependent children 26 and older who cannot care for themselves

☐ No ofrecemos cobertura.

☒ Si se verifica, esta cobertura cumple con el estándar de valor mínimo, y el costo de esta cobertura para usted está destinado a ser asequible, según los salarios de los empleados.

****** Incluso si su empleador tiene la intención de que su cobertura sea asequible, aún puede ser elegible para un descuento en la prima a través del Mercado. El Mercado utilizará los ingresos de su hogar, junto con otros factores, para determinar si puede ser elegible para un descuento en la prima. Si, por ejemplo, su salario varía de una semana a otra (tal vez es un empleado por hora o trabaja a comisión), si es un nuevo empleado a mitad de año o si tiene otras pérdidas de ingresos, aún puede calificar para un descuento en la prima.

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