



TO: Employees Eligible for Group Health Benefits under the Imperial Valley Healthcare District Group Health Plans

DATE: July 1, 2026

SUBJECT: Required Annual Notices for Group Health Plans

Important Information – Action May Be Required

To make sure that you have all the information you need to make informed decisions for you and your family, the law requires Imperial Valley Healthcare District to provide you with notice of certain legal rights that you may have and legal obligations that apply to the Imperial Valley Healthcare District Health Plan. These rights and obligations are described in more detail in the enclosed notices.

Contents

Michelle’s Law Notice	Page 2
Women’s Health and Cancer Rights Act (WHCRA) Notice	Page 2
Newborns’ and Mother’s Health Protection Act (NMHPA) Notice	Page 3
Notice of HIPAA Privacy Practices	Page 3
Notice of HIPAA Special Enrollment Rights	Page 9
Health Insurance Marketplace Coverage Options and Your Health Coverage	Page 11
Important Notice about Your Prescription Drug Coverage and Medicare	Page 13
Premium Assistance Under Medicaid and the Children’s Health Insurance Program (CHIP)	Page 15
Model General Notice of COBRA Continuation Coverage Rights	Page 20
Your Rights and Protections Against Surprise Medical Bills	Page 24
ACA Reporting Notice	Page 26

You should review these notices closely and keep them with other materials that you receive about benefits available under the Plan. If you have any questions about any of the legal rights and obligations described below or the Plan, you should write or call:

Imperial Valley Healthcare District, Human Resources
207 West Legion Rd | Brawley, California 92227

The following notices are not intended to be a description of the benefits offered under the Plan. For more information about specific benefits, refer to the Summary Plan Descriptions for the Plan, which are available by contacting your Human Resource department.

If you (and/or your dependents) have Medicare or will become eligible for Medicare in the next 12 months, a Federal law gives you more choices about your prescription drug coverage. Please see page 13 for more details.

Michelle's Law Notice

When a dependent child over the age of 26 loses student status under the eligibility policy of Imperial Valley Healthcare District group health plan coverage, as a result of a medically necessary leave of absence from a post-secondary educational institution, the Imperial Valley Healthcare District group health plan will continue to provide coverage during the leave of absence for the earlier end date of up to one year, or until coverage would otherwise terminate under the Imperial Valley Healthcare District group health plan.

To maintain eligibility and continue coverage as a dependent during such leave of absence:

- The Imperial Valley Healthcare District Health Plan must receive written certification by a treating physician of the dependent child which states that the child is suffering from a serious illness or injury and that the leave of absence (or other change of enrollment) is medically necessary; and
- The dependent must be established as a disabled dependent as defined by the medical carriers.

To obtain additional information, please contact:

Imperial Valley Healthcare District
Human Resources

Women's Health and Cancer Rights Act (WHCRA) Notice

Enrollment Notice

If you have had or are going to have a mastectomy, you may be entitled to certain benefits under the Women's Health and Cancer Rights Act of 1998 (WHCRA). For individuals receiving mastectomy-related benefits, coverage will be provided in a manner determined in consultation with the attending physician and the patient, for:

- All stages of reconstruction of the breast on which the mastectomy was performed;
- Surgery and reconstruction of the other breast to produce a symmetrical appearance;
- Prostheses; and
- Treatment of physical complications of the mastectomy, including lymphedema.

These benefits will be provided subject to the same deductibles and coinsurance applicable to other medical and surgical benefits provided under this plan. Therefore, the following deductibles and coinsurance apply:

- Independence PPO Plan - Creditable
- \$0/\$1,500/\$2,500 OON; 0/25/50 OON
- Freedom PPO Plan - Creditable
- \$0/\$1,000/\$1,500 OON; 0/25/50 OON

If you would like more information on WHCRA benefits, contact your plan administrator:



Imperial Valley Healthcare District
Human Resources

Annual Notice

Do you know that your plan, as required by the Women's Health and Cancer Rights Act of 1998, provides benefits for mastectomy-related services including all stages of reconstruction and surgery to achieve symmetry between the breasts, prostheses, and complications resulting from a mastectomy, including lymphedema? Contact your plan administrator for more information.

Newborns' and Mother's Health Protection Act (NMHPA) Notice

Group health plans and health insurance issuers generally may not, under Federal law, restrict benefits for any hospital length of stay in connection with childbirth for the mother or newborn child to less than 48 hours following a vaginal delivery, or less than 96 hours following a cesarean section. However, Federal law generally does not prohibit the mother's or newborn's attending provider, after consulting with the mother, from discharging the mother or her newborn earlier than 48 hours (or 96 hours as applicable). In any case, plans and issuers may not, under Federal law, require that a provider obtain authorization from the plan or the insurance issuer for prescribing a length of stay not in excess of 48 hours (or 96 hours).

Notice of HIPAA Privacy Practices

Effective 07/01/2026, or such later date when this notice is first published.

PLEASE REVIEW THIS NOTICE CAREFULLY AS IT DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED. THIS NOTICE ALSO DIRECTS YOU TO HOW YOU CAN ACCESS YOUR MEDICAL INFORMATION.

Imperial Valley Healthcare District (the "Company") is providing you this privacy notice so you understand how we use your health information and when we need to disclose your health information to others. For each obligation and right listed within this notice, the term "we" refers to both the Plan Administrator and the claims administrators for the listed coverage options beginning 07/01/2026, under the Group Imperial Valley Healthcare District Health Plan (the "Plan").

The Company is the Plan Administrator for the Plan. The claims administrators for the Plan are listed in the "Claims Administrators" section on the last page of this notice.

This notice is subject to change. You may contact the Company's HIPAA Privacy Official, Imperial Valley Healthcare District, Human Resources, at (760) 970-6046 to request a copy of this notice.

In addition, you may request a copy via mail at the following:

Imperial Valley Healthcare District, Human Resources
207 West Legion Rd, Brawley California 92227

The Plan is required by law to abide by the terms of this notice, which may be amended from time to time.

Summary of your privacy rights

We may use and give out your health information to:

- Help manage the health care treatment you receive
- Pay for your health services

- Administer the Plan
- Tell you about other health benefits and services
- Help your family and friends involved in your care
- Do research

We may also use and give out health information for:

- Health and safety reasons
- Organ and tissue donation requests
- Military purposes
- Workers' compensation requests
- Lawsuits
- Law enforcement requests
- National security reasons
- Coroner, medical examiner, or funeral director use
- Such other disclosures as may be required by law or further addressed herein

You have the right to:

- Get a copy of your medical record.
- Request a change to your medical record if you think it's wrong.
- Ask for an accounting of certain disclosures of your health information.
- Ask us to limit the information we share.
- Ask for a copy of our privacy notice.
- Write a letter of complaint to us if you believe your privacy rights have been violated.

The purpose of this document is to outline and inform you about your privacy rights enacted under the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA). This privacy notice describes the privacy practices of the Company under the Plan. You should check with the administrator of the health plans and health care flexible spending accounts for more details on those specific plans. You may receive a Notice of HIPAA Privacy Rights specific to each plan you are enrolled on.

The Company, as the sponsor and administrator of the Plan, and each of the claims administrators that have been hired to administer the Plan's group health plans, are required by law to protect the privacy of your health information.

"Protected health information," as used in this privacy notice, means any individually identifiable health information that is created or received by a health care provider or the Plan relating to:

- Your physical or mental health or condition
- The provision of health care to you
- The payment for health care

"Protected health information" does not include, among other things, any information maintained on the Company's payroll system or records related to an individual's enrollment in or coverage level under a Company group health plan. It also does not include any other information that the Company holds in its capacity as "employer" or in connection with plans other than the Company's group health plans.



The Company reserves the right to change or amend this privacy notice and our privacy practices and to make such changes effective for all protected health information that we maintain, but if we do, we will communicate any material changes to you in a revised privacy notice by the effective date of the material change. We will provide you with the revised notice, or information about the change and how to obtain the revised notice, in the next annual mailing to you. You may request a copy by contacting the Company's Privacy Official, Imperial Valley Healthcare District, Human Resources at 207 West Legion Rd, Brawley California 92227, or (760) 970-6046.

You may also request a copy via mail at the address listed at the beginning of this notice.

How we may use or disclose your protected health information

We must use and disclose your protected health information to provide information:

- To you or someone who has the legal right to act for you (your personal representative)
- To the Department of Health and Human Services, if necessary, to make sure your privacy is protected
- When it's required by law

We have the right to use and disclose your protected health information to pay for your health care and to operate and administer the Plan. Some examples of when we may use your protected health information are:

- For payment of claims for services received by you and processed by the claims administrators for the Plan in which you are enrolled.
- For treatment, so that doctors, hospitals, or both can provide you medical care.
- For coordination of benefits with other covered health plans.
- For health care operations, to operate and administer the plan and to help manage your health care coverage. For example, the Plan may use your protected health information in connection with:
 - A disease management or wellness program to improve your health
 - Underwriting, including, but not limited to, soliciting bids from potential insurance carriers (genetic information shall not be used for underwriting purposes)
 - Merger and acquisition activities
 - Determining participant contributions
 - Submitting claims to the plans' stop-loss (or excess loss) carrier (if any)
 - Conducting or arranging for medical review
 - Legal services
 - Audit services
 - Fraud and abuse detection programs

The Plan also may use your protected health information for other administrative activities, such as cost management and conducting quality assessment and improvement activities.

- To provide information on health-related programs or products. For example, the claims administrator might talk to your doctor about health-related products and services, or to suggest an alternative medical treatment or program.

Under limited circumstances, we may have to use or disclose your protected health information:

- To persons involved with your care, such as a family member, if you are incapacitated, in an emergency, or when permitted by law.
- For public health activities, such as reporting disease outbreaks.
- For reporting victims of abuse, neglect, or domestic violence to government authorities, including a social service or protective service agency.
- For health oversight activities such as governmental audits, fraud, and abuse investigations.
- For judicial or administrative proceedings, such as responding to a court order, search warrant, or subpoena.
- For law enforcement purposes, such as providing limited information to locate a missing person.
- To avoid a serious threat to health or safety, such as disclosing information to public health agencies.
- For specialized government functions, such as military and veteran activities, national security, and intelligence activities.
- For workers' compensation, including disclosures required by state workers' compensation laws for job-related injuries.
- For research purposes, such as research related to the prevention of disease or disability, but only if the research study meets all privacy law requirements.
- To provide information regarding decedents, such as providing protected health information to a coroner or medical examiner to identify a deceased person, determine a cause of death, or as authorized by law, or to funeral directors as necessary to carry out their duties.
- For organ procurement purposes, such as banking or transplantation of organs, eyes, or tissue.

The Plan also may use your protected health information for other administrative activities, such as cost management and conducting quality assessment and improvement activities.

Substance Use Disorder. You have certain additional protections available to you related to substance use disorder treatment records to the extent we receive substance use disorder treatment records from any program or activity relating to substance abuse education, prevention, training, treatment, rehabilitation, or research which is conducted, regulated, or directly or indirectly assisted by any department or agency of the United States. We will not use or disclose any of these records without first obtaining your written authorization to disclose such records or without a court order requiring these records to be used or disclosed. We will require that any court order be accompanied by a subpoena or other legal document compelling disclosure before the records will be disclosed. Please note, however, that your written authorization is not required if the records are being provided to public health authorities if the records are de-identified pursuant to the requirements under the Privacy Rule.

If none of the above reasons applies, then your written authorization is needed to use or disclose your protected health information. Specifically, your written authorization is required to use or disclose any psychotherapy notes, if applicable, and to use or disclose any protected health information for marketing purposes or for which the group health plans receive compensation. If applicable, the group health plans

also may contact you to raise funds, but you may elect not to receive any such fundraising communications in the future. If a use or disclosure of protected health information is prohibited or materially limited by other applicable laws, then it is our intent to meet the requirements of the more stringent law to protect your privacy.

After we receive authorization from you to release your protected health information, we cannot guarantee that the person to whom the information is provided will not disclose your information. You may revoke your written authorization unless we have already acted based on your authorization. To revoke an authorization, contact the claims administrator for the Plan in which you are enrolled.

Note, any required or permitted disclosures described in this Notice may be subject to redisclosure by the recipient of the disclosure and, at that time, would no longer be protected by the rights and obligations described in this Notice. Further, the Plan does not use or disclose PHI, including substance use disorder information, for purposes of fundraising.

What are your rights to your protected health information?

You have the right to:

- Ask for restrictions on uses or disclosures of your protected health information for treatment, payment, or health care operations. You also can ask to restrict disclosures to family members or to others who are involved in or make payments for your health care. We may also have policies on dependent access that may authorize certain restrictions. We ask you to understand that while we will try to honor your request and will permit requests consistent with our policies, we are not required to agree to any restriction.
A covered entity (such as a health care provider) must comply with a requested restriction if the disclosure is to a health plan for purposes of payment or health care operations and the protected health information relates to a health care item or service for which an individual paid in full, out of pocket. For example, if you receive medical care and choose to pay the provider for the entire amount of care in full, out of pocket, you can request that the provider not disclose such information to the Plan, and the provider must agree to such request.
- Choose how we contact you. You have the right to ask that we communicate with you about medical matters in a certain way or even at a certain location. An example of this could be that we only contact you at work or by mail. If you have a preference regarding how we communicate with you, please let us know in writing. We are not required to agree to your request, but, if we do agree to it, we will comply with it.
- See and obtain a copy of your protected health information that may be used to make decisions about you, such as claims and cases or medical management records. You may receive a summary of this health information. If your protected health information is maintained electronically in one or more designated record sets, then you have the right to get a copy of this health information in an electronic format. A written request will be needed to inspect and copy your protected health information. In certain limited circumstances, your request to inspect and copy your protected health information may be denied. An access request should be made to the applicable claims administrators as listed within this privacy notice.
- Ask to amend the protected health information we maintain about you if you believe it is wrong or incomplete. The amendment must be submitted in writing to the claims administrator for the Plan in which you are enrolled, along with a reason that supports your request. If your request is

denied, you may have a statement of your disagreement added to your protected health information.

- Appoint a personal representative You may request that the Plan disclose your protected health information to your personal representative. A “personal representative” is an individual you designate to act on your behalf and make decisions about your medical care. If you want the Plan to disclose your protected health information to your personal representative, submit a written statement giving the Plan permission to release your protected health information to your personal representative and documentation that this individual qualifies as your personal representative under state law, such as a power of attorney authorizing this individual to make health care decisions for you. Submit this request in writing to the applicable claims administrator.
- Receive an accounting of disclosures of your protected health information made by the Plan during the six years before your request. This accounting will not include disclosures of protected health information made:
 1. For treatment, payment, and health care operations purposes;
 2. To you or pursuant to your authorization;
 3. To correctional institutions or law enforcement officials; and
 4. In connection with other disclosures for which federal law does not require us to provide an accounting

Your request should indicate in what format you want the list (for example, on paper or electronically). Submit this request in writing to the applicable claims administrator. The first list that you request in a 12-month period will be free and we may charge you for responding to any additional requests. We will notify you of the cost involved and you may choose to withdraw or modify your request at that time before any costs are incurred.

You have the right to a paper copy of this privacy notice anytime. You may contact the Plan’s Privacy Official, Imperial Valley Healthcare District, Human Resources at 207 West Legion Rd, Brawley California 92227, or (760) 970-6046.

You may also request a copy via mail at the address listed at the beginning of this notice.

How to exercise your rights

Contact the claims administrators

If you have any questions about this privacy notice or want to exercise any of your rights, call the claims administrator for the Plan coverage options in which you are enrolled. Contact information is listed in the “Claims administrators” section on the last page of this notice.

Filing a complaint

If you believe your privacy rights have been violated, you may contact the Plan’s HIPAA Privacy Official in writing at the following address:

Imperial Valley Healthcare District
Attention: Imperial Valley Healthcare District
207 West Legion Rd
Brawley, California 92227

You may also file a complaint with the Secretary of the United States Department of Health and Human Services Office of Civil Rights at: 200 Independence Avenue, SW, Room 509-F HHH Building,



Washington, DC 20201, or at the applicable regional office of the HHS Office of Civil Rights, the contact information for which is available at:

<http://www.hhs.gov/ocr/about-us/contact-us/index.html>

We will not take any action against you for filing a complaint.

The Company's group health plans have policies and procedures in place designed to address breaches of unsecured protected health information. The Company's group health plans are obligated to, consistent with HIPAA, notify you if your unsecured protected health information is breached. If your complaint relates to breach notification procedures of the Company's group health plans or compliance with the policies and procedures of the Company's group health plans in general, send the complaint to the Privacy Official at the address listed above.

Restrictions on protected health information

The Company may not use or disclose protected health information for employment-related actions or decisions. The Company may only use or further disclose protected health information as permitted or required by law and will report any use or disclosure of protected health information that is inconsistent with the permitted uses and disclosures.

Plan Administrator and health plan separation

The Company's team members, classes of team members, or other workforce members listed as "authorized employees" in the Plan's HIPAA policies and procedures will have access to protected health information only to perform the plan administrative functions required of the Plan Administrator to administer the Company's group health plans.

This list includes every team member, class of team member, or other workforce member under the control of the individual who may receive protected health information relating to the ordinary course of business.

The team members, classes of team members, or other workforce members identified above (and any individual under the control of these team members) may be subject to disciplinary action and sanctions for any use or disclosure of protected health information that is in violation of these provisions.

Claims Administrators

Here is the contact information to reach the claims administrator for the Company's group health plans benefits in which you are enrolled, please call the applicable number listed below:

Notice of HIPAA Special Enrollment Rights

This notice is being provided to ensure that you understand your right to apply for group health insurance coverage. You should read this notice even if you plan to waive coverage at this time.

Loss of Other Coverage

If you are declining coverage for yourself or your dependents (including your spouse) because of other health insurance or group health plan coverage, you may be able to enroll yourself and your dependents in this plan if you or your dependents lose eligibility for that other coverage (or if the employer stops contributing toward your or your dependents' other coverage). However, you must request enrollment within 30 days after your or your dependents' other coverage ends (or after the employer stops contributing toward the other coverage).

In addition, if you have a new dependent as a result of marriage, birth, adoption, or placement for



adoption, you may be able to enroll yourself and your dependents. However, you must request enrollment within 30 days after the marriage, birth, adoption, or placement for adoption.

Medicaid or CHIP

If you or your dependents lose eligibility for coverage under Medicaid or the Children's Health Insurance Program (CHIP) or become eligible for a premium assistance subsidy under Medicaid or CHIP, you may be able to enroll yourself and your dependents. You must request enrollment within 60 days of the loss of Medicaid or CHIP coverage or the determination of eligibility for a premium assistance subsidy.

To request special enrollment or obtain more information, please contact:

Imperial Valley Healthcare District
Human Resources

Health Insurance Marketplace Coverage Options and Your Health Coverage

Even if you are offered health coverage through your employment, you may have other coverage options through the Health Insurance Marketplace (“Marketplace”). To assist you as you evaluate options for you and your family, this notice provides some basic information about the Health Insurance Marketplace and health coverage offered through your employment.

What is the Health Insurance Marketplace?

The Marketplace is designed to help you find health insurance that meets your needs and fits your budget. The Marketplace offers “one-stop shopping” to find and compare private health insurance options in your geographic area.

Can I Save Money on my Health Insurance Premiums in the Marketplace?

You may qualify to save money and lower your monthly premium and other out-of-pocket costs, but only if your employer does not offer coverage, or offers coverage that is not considered affordable for you and doesn’t meet certain minimum value standards (discussed below). The savings that you’re eligible for depends on your household income. You may also be eligible for a tax credit that lowers your costs.

Does Employment-Based Health Coverage Affect Eligibility for Premium Savings through the Marketplace?

Yes. If you have an offer of health coverage from your employer that is considered affordable for you and meets certain minimum value standards, you will not be eligible for a tax credit, or advance payment of the tax credit, for your Marketplace coverage and may wish to enroll in your employment-based health plan. However, you may be eligible for a tax credit, and advance payments of the credit that lowers your monthly premium, or a reduction in certain cost-sharing, if your employer does not offer coverage to you at all or does not offer coverage that is considered affordable for you or meet minimum value standards. If your share of the premium cost of all plans offered to you through your employment is more than 9.96% (2026, indexed annually) of your annual household income, or if the coverage through your employment does not meet the “minimum value” standard set by the Affordable Care Act, you may be eligible for a tax credit, and advance payment of the credit, if you do not enroll in the employment-based health coverage. For family members of the employee, coverage is considered affordable if the employee’s cost of premiums for the lowest-cost plan that would cover all family members does not exceed 9.96% (2026, indexed annually) of the employee’s household income.

Note: If you purchase a health plan through the Marketplace instead of accepting health coverage offered through your employment, then you may lose access to whatever the employer contributes to the employment-based coverage. Also, this employer contribution -as well as your employee contribution to employment-based coverage- is generally excluded from income for federal and state income tax purposes. Your payments for coverage through the Marketplace are made on an after-tax basis. In addition, note that if the health coverage offered through your employment does not meet the affordability or minimum value standards, but you accept that coverage anyway, you will not be eligible for a tax credit. You should consider all of these factors in determining whether to purchase a health plan through the Marketplace.

When Can I Enroll in Health Insurance Coverage through the Marketplace?

You can enroll in a Marketplace health insurance plan during the annual Marketplace Open Enrollment Period. Open Enrollment varies by state but generally starts November 1 and continues through at least December 15.

Outside the annual Open Enrollment Period, you can sign up for health insurance if you qualify for a Special Enrollment Period. In general, you qualify for a Special Enrollment Period if you've had certain qualifying life events, such as getting married, having a baby, adopting a child, or losing eligibility for other health coverage. Depending on your Special Enrollment Period type, you may have 60 days before or 60 days following the qualifying life event to enroll in a Marketplace plan.

There is also a Marketplace Special Enrollment Period for individuals and their families who lose eligibility for Medicaid or Children's Health Insurance Program (CHIP) coverage on or after March 31, 2023, through July 31, 2024. Since the onset of the nationwide COVID-19 public health emergency, state Medicaid and CHIP agencies generally have not terminated the enrollment of any Medicaid or CHIP beneficiary who was enrolled on or after March 18, 2020, through March 31, 2023. As state Medicaid and CHIP agencies resume regular eligibility and enrollment practices, many individuals may no longer be eligible for Medicaid or CHIP coverage starting as early as March 31, 2023. The U.S. Department of Health and Human Services is offering a temporary Marketplace Special Enrollment period to allow these individuals to enroll in Marketplace coverage.

Marketplace-eligible individuals who live in states served by Healthcare.gov and either submit a new application or update an existing application on Healthcare.gov between March 31, 2023 and July 31, 2024, and attest to a termination date of Medicaid or CHIP coverage within the same time period, are eligible for a 60-day Special Enrollment Period. That means that if you lose Medicaid or CHIP coverage between March 31, 2023, and July 31, 2024, you may be able to enroll in Marketplace coverage within 60 days of when you lost Medicaid or CHIP coverage. In addition, if you or your family members are enrolled in Medicaid or CHIP coverage, it is important to make sure that your contact information is up to date to make sure you get any information about changes to your eligibility. To learn more, visit Healthcare.gov or call the Marketplace Call Center at 1-800-318-2596. TTY users can call 1-855-889-4325.

What about Alternatives to Marketplace Health Insurance Coverage?

If you or your family are eligible for coverage in an employment-based health plan (such as an employer-sponsored health plan), you or your family may also be eligible for a Special Enrollment Period to enroll in that health plan in certain circumstances, including if you or your dependents were enrolled in Medicaid or CHIP coverage and lost that coverage. Generally, you have 60 days after the loss of Medicaid or CHIP coverage to enroll in an employment-based health plan. Confirm the deadline with your employer or your employment-based health plan.

Alternatively, you can enroll in Medicaid or CHIP coverage at any time by filling out an application through the Marketplace or applying directly through your state Medicaid agency. Visit www.healthcare.gov/medicaid-chip/getting-medicaid-chip/ for more details.

CREDITABLE COVERAGE – Independence PPO Plan - Creditable, \$0/\$1,500/\$2,500 OON; 0/25/50 OON, Freedom PPO Plan - Creditable, \$0/\$1,000/\$1,500 OON; 0/25/50 OON

Important Notice about Your Prescription Drug Coverage and Medicare

Please read this notice carefully and keep it where you can find it. This notice has information about your current prescription drug coverage with Imperial Valley Healthcare District and about your options under Medicare's prescription drug coverage. This information can help you decide whether or not you want to join a Medicare drug plan.

If you are considering joining, you should compare your current coverage, including which drugs are covered at what cost, with the coverage and costs of the plans offering Medicare prescription drug coverage in your area. Information about where you can get help to make decisions about your prescription drug coverage is at the end of this notice.

There are two important things you need to know about your current coverage and Medicare's prescription drug coverage:

1. Medicare prescription drug coverage became available in 2006 to everyone with Medicare. You can get this coverage if you join a Medicare Prescription Drug Plan or join a Medicare Advantage Plan (like an HMO or PPO) that offers prescription drug coverage. All Medicare drug plans provide at least a standard level of coverage set by Medicare. Some plans may also offer more coverage for a higher monthly premium.
2. Imperial Valley Healthcare District has determined that the prescription drug coverage offered by the Imperial Valley Healthcare District Health Plan is, on average for all plan participants, expected to pay out as much as standard Medicare prescription drug coverage pays and is therefore considered Creditable Coverage. Because your existing coverage is Creditable Coverage, you can keep this coverage and not pay a higher premium (a penalty) if you later decide to join a Medicare drug plan.

When Can You Join A Medicare Drug Plan?

You can join a Medicare drug plan when you first become eligible for Medicare and each year from October 15th to December 7th.

However, if you lose your current creditable prescription drug coverage, through no fault of your own, you will also be eligible for a two (2) month Special Enrollment Period (SEP) to join a Medicare drug plan.

What Happens To Your Current Coverage If You Decide to Join A Medicare Drug Plan?

If you decide to join a Medicare drug plan, your current Imperial Valley Healthcare District coverage may be affected. If you do decide to join a Medicare drug plan and drop your current Imperial Valley Healthcare District coverage, be aware that you and your dependents will not be able to get this coverage back until the next open enrollment period.

When Will You Pay A Higher Premium (Penalty) To Join A Medicare Drug Plan?

You should also know that if you drop or lose your current Imperial Valley Healthcare District coverage and



don't join a Medicare drug plan within 63 continuous days after your current coverage ends, you may pay a higher premium (a penalty) to join a Medicare drug plan later.

If you go 63 continuous days or longer without creditable prescription drug coverage, your monthly premium may go up by at least 1% of the Medicare base beneficiary premium per month for every month that you did not have that coverage.

For example, if you go nineteen months without creditable coverage, your premium may consistently be at least 19% higher than the Medicare base beneficiary premium. You may have to pay this higher premium (a penalty) as long as you have Medicare prescription drug coverage. In addition, you may have to wait until the following October to join.

For More Information About This Notice Or Your Current Prescription Drug Coverage...

Contact the person listed below for further information. NOTE: You'll get this notice each year. You will also get it before the next period you can join a Medicare drug plan, and if this coverage through Imperial Valley Healthcare District changes. You also may request a copy of this notice at any time.

For More Information About Your Options Under Medicare Prescription Drug Coverage...

More detailed information about Medicare plans that offer prescription drug coverage is in the "Medicare & You" handbook. You'll get a copy of the handbook in the mail every year you are eligible from Medicare. You may also be contacted directly by Medicare drug plans.

For more information about Medicare prescription drug coverage:

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

If you have limited income and resources, extra help paying for Medicare prescription drug coverage is available. For information about this extra help, visit Social Security on the web at www.socialsecurity.gov, or call them at 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Remember: Keep this Creditable Coverage notice. If you decide to join one of the Medicare drug plans, you may be required to provide a copy of this notice when you join to show whether or not you have maintained creditable coverage and, therefore, whether or not you are required to pay a higher premium (a penalty).

Date: April 22, 2026
 Name of Entity/Sender: Imperial Valley Healthcare District
 Contact - Position/Office: Imperial Valley Healthcare District, Human Resources
 Address: 207 West Legion Rd
 Brawley, California 92227

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

If you or your children are eligible for Medicaid or CHIP and you’re eligible for health coverage from your employer, your state may have a premium assistance program that can help pay for coverage, using funds from their Medicaid or CHIP programs. If you or your children aren’t eligible for Medicaid or CHIP, you won’t be eligible for these premium assistance programs but you may be able to buy individual insurance coverage through the Health Insurance Marketplace. For more information, visit www.healthcare.gov.

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

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

If you or your dependents are eligible for premium assistance under Medicaid or CHIP, as well as eligible under your employer plan, your employer must allow you to enroll in your employer plan if you aren’t already enrolled. This is called a “special enrollment” opportunity, and you must request coverage within 60 days of being determined eligible for premium assistance.

If you have questions about enrolling in your employer plan, contact the Department of Labor at www.askebsa.dol.gov or call 1-866-444-EBSA (3272).

If you live in one of the following states, you may be eligible for assistance paying your employer health plan premiums. The following list of states is current as of January 31, 2026. Contact your State for more information on eligibility –

List begins on next page.

ALABAMA – Medicaid	ALASKA – Medicaid
Website: www.myalhipp.com Phone: 1-855-692-5447	The AK Health Insurance Premium Payment Program Website: www.myakhipp.com Phone: 1-866-251-4861 Email: CustomerService@MyAKHIPP.com Medicaid Eligibility: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx
ARKANSAS – Medicaid	CALIFORNIA – Medicaid
Website: www.myarhipp.com Phone: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Website: www.dhcs.ca.gov/hipp Phone: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Email: hipp@dhcs.ca.gov
COLORADO – Health First Colorado (Colorado's Medicaid Program) & Child Health Plan Plus (CHP+)	FLORIDA – Medicaid
Health First Colorado Website: www.healthfirstcolorado.com HFC Member Contact Center: 1-800-221-3943 / State Relay 711 CHP+ Website: https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus CHP + Customer Service: 1-800-359-1991 / State Relay 711 Health Insurance Buy-In Program (HIBI): www.mycohibi.com HIBI Customer Service: 1-855-692-6442	Website: www.flmedicaidprecovery.com/ flmedicaidprecovery.com/hipp/index.html Phone: 1-877-357-3268
GEORGIA – Medicaid	INDIANA – Medicaid
GA HIPP Website: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Phone: 678-564-1162, Press 1 GA CHIPRA Website: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Phone: 678-564-1162, Press 2	Health Insurance Premium Payment Program All other Medicaid Website: www.in.gov/medicaid or www.in.gov/fssa/df Family and Social Services Administration Phone: 1-800-403-0864 Member Services Phone: 1-800-457-4584
IOWA – Medicaid and CHIP (Hawki)	KANSAS – Medicaid
Medicaid Website: https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid Medicaid Phone: 1-800-338-8366 Hawki Website: https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/iowa-health-link/hawki Hawki Phone: 1-800-257-8563 HIPP Website: https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/fee-service/hipp HIPP Phone: 1-888-346-9562	Website: https://www.kancare.ks.gov/ Phone: 1-800-792-4884 HIPP Phone: 1-800-967-4660
KENTUCKY – Medicaid	LOUISIANA – Medicaid
Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP) Website: https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/pages/kihipp.aspx Phone: 1-855-459-6328 Email: kihipp.program@ky.gov KCHIP Website: https://kynect.ky.gov Phone: 1-877-524-4718 Kentucky Medicaid Website: https://chfs.ky.gov/agencies/dms	Website: https://www.ldh.la.gov/healthy-louisiana Medicaid Customer Service Line: 1-888-342-6207 Louisiana Medicaid email: healthy@la.gov Louisiana Health Insurance Premium Program (LaHIPP) Website: https://www.ldh.la.gov/lahipp LaHIPP phone: 1-877-697-6703 LaHIPP email: La.HIPP@la.gov LaHIPP fax: 1-888-716-9787 LaHIPP mailing address: 100 Crescent Centre Parkway, Suite 1000 Tucker, GA 30084

MAINE – Medicaid	MASSACHUSETTS – Medicaid and CHIP
<p>Enrollment Website: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US Phone: 1-800-442-6003 TTY: Maine relay 711 Private Health Insurance Premium Webpage: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Phone: 1-800-977-6740 TTY: Maine relay 711</p>	<p>Website: https://www.mass.gov/masshealth/pa Phone: 1-800-862-4840 TTY: 711 Email: masspremassistance@accenture.com</p>
MINNESOTA – Medicaid	MISSOURI – Medicaid
<p>Website: https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/ Phone: 1-800-657-3672</p>	<p>Website: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Phone: 573-751-2005</p>
MONTANA – Medicaid	NEBRASKA – Medicaid
<p>Website: www.dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Phone: 1-800-694-3084 Email: HSHIPPProgram@mt.gov</p>	<p>Website: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Phone: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178</p>
NEVADA - Medicaid	NEW HAMPSHIRE – Medicaid
<p>Medicaid Website: http://dhcfp.nv.gov Medicaid Phone: 1-800-992-0900</p>	<p>Website: www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Phone: 603-271-5218 Toll free number for the HIPP program: 1-800-852-3345, ext. 15218 Email: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov</p>
NEW JERSEY – Medicaid and CHIP	NEW YORK – Medicaid
<p>Medicaid Website: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid Phone: 1-800-356-1561 CHIP Premium Assistance Phone: 609-631-2392 CHIP Website: http://www.njfamilycare.org/index.html CHIP Phone: 1-800-701-0710 (TTY: 711)</p>	<p>Website: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid Phone: 1-800-541-2831</p>
NORTH CAROLINA – Medicaid	NORTH DAKOTA – Medicaid
<p>Website: https://medicaid.ncdhhs.gov/ Phone: 919-855-4100</p>	<p>Website: https://www.hhs.nd.gov/healthcare Phone: 1-844-854-4825</p>
OKLAHOMA – Medicaid and CHIP	OREGON – Medicaid and CHIP
<p>Website: http://www.insureoklahoma.org Phone: 1-888-365-3742</p>	<p>Website: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx Phone: 1-800-699-9075</p>
PENNSYLVANIA – Medicaid and CHIP	RHODE ISLAND – Medicaid and CHIP
<p>Website: https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html Phone: 1-800-692-7462 CHIP Website: https://www.dhs.pa.gov/CHIP/Pages/CHIP.aspx CHIP Phone: 1-800-986-KIDS (5437)</p>	<p>Website: http://www.eohhs.ri.gov/ Phone: 1-855-697-4347, or 401-462-0311 (Direct Rlte Share Line)</p>

SOUTH CAROLINA - Medicaid	SOUTH DAKOTA - Medicaid
Website: www.scdhhs.gov Phone: 1-888-549-0820	Website: http://dss.sd.gov Phone: 1-888-828-0059
TEXAS – Medicaid	UTAH – Medicaid and CHIP
Website: www.hhs.texas.gov/services/financial/health-insurance-premium-payment-hipp-program Phone: 1-800-440-0493	Utah's Premium Partnership for Health Insurance (UPP) Website: https://medicaid.utah.gov/upp/ Email: upp@utah.gov Phone: 1-888-222-2542 Adult Expansion Website: https://medicaid.utah.gov/expansion/ Utah Medicaid Buyout Program Website: https://medicaid.utah.gov/buyout-program/ CHIP Website: https://chip.utah.gov/
VERMONT – Medicaid	VIRGINIA – Medicaid and CHIP
Website: https://dvha.vermont.gov/members/medicaid/hipp-program Phone: 1-800-250-8427	Website: https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs Medicaid/CHIP Phone: 1-800-432-5924
WASHINGTON – Medicaid	WEST VIRGINIA – Medicaid and CHIP
Website: https://www.hca.wa.gov/ Phone: 1-800-562-3022	Website: https://dhhr.wv.gov/bms/ or http://mywvhipp.com/ Medicaid Phone: 304-558-1700 CHIP Toll-free phone: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)
WISCONSIN – Medicaid and CHIP	WYOMING – Medicaid
Website: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Phone: 1-800-362-3002	Website: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility Phone: 1-800-251-1269



To see if any other states have added a premium assistance program since January 31, 2026, or for more information on special enrollment rights, contact either:

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

U.S. Department of Health and Human Services
Centers for Medicare & Medicaid Services
www.cms.hhs.gov
1-877-267-2323, Menu Option 4, Ext. 61565

Paperwork Reduction Act Statement

According to the Paperwork Reduction Act of 1995 (Pub. L. 104-13) (PRA), no persons are required to respond to a collection of information unless such collection displays a valid Office of Management and Budget (OMB) control number. The Department notes that a Federal agency cannot conduct or sponsor a collection of information unless it is approved by OMB under the PRA, and displays a currently valid OMB control number, and the public is not required to respond to a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. See 44 U.S.C. 3507. Also, notwithstanding any other provisions of law, no person shall be subject to penalty for failing to comply with a collection of information if the collection of information does not display a currently valid OMB control number. See 44 U.S.C. 3512.

The public reporting burden for this collection of information is estimated to average approximately seven minutes per respondent. Interested parties are encouraged to send comments regarding the burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden, to the U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, Office of Policy and Research, Attention: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210 or email ebsa.opr@dol.gov and reference the OMB Control Number 1210-0137.

OMB Control Number 1210-0137 (Expires 1/31/2026)

Model General Notice of COBRA Continuation Coverage Rights

Continuation Coverage Rights Under COBRA

Introduction

You're getting this notice in case, once enrolled, your coverage under a group health plan (the Plan) ends due to a qualifying life event (described later). This notice has important information about your right to COBRA continuation coverage, which is a temporary extension of coverage under the Plan. This notice explains COBRA continuation coverage, when it may become available to you and your family, and what you need to do to protect your right to get it. When you become eligible for COBRA, you may also become eligible for other coverage options that may cost less than COBRA continuation coverage.

The right to COBRA continuation coverage was created by a federal law, the Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act of 1985 (COBRA). COBRA continuation coverage can become available to you and other members of your family when group health coverage would otherwise end. For more information about your rights and obligations under the Plan and under federal law, you should review the Plan's Summary Plan Description or contact the Plan Administrator.

You may have other options available to you when you lose group health coverage. For example, you may be eligible to buy an individual plan through the Health Insurance Marketplace. By enrolling in coverage through the Marketplace, you may qualify for lower costs on your monthly premiums and lower out-of-pocket costs. Additionally, you may qualify for a 30-day special enrollment period for another group health plan for which you are eligible (such as a spouse's plan), even if that plan generally doesn't accept late enrollees.

What is COBRA continuation coverage?

COBRA continuation coverage is a continuation of Plan coverage when it would otherwise end because of a life event. This is also called a "qualifying event." Specific qualifying events are listed later in this notice. After a qualifying event, COBRA continuation coverage must be offered to each person who is a "qualified beneficiary." You, your spouse, and your dependent children could become qualified beneficiaries if coverage under the Plan is lost because of the qualifying event. Under the Plan, qualified beneficiaries who elect COBRA continuation coverage may be required to pay for COBRA continuation coverage.

If you're an employee, you'll become a qualified beneficiary if you lose your coverage under the Plan because of the following qualifying events:

- Your hours of employment are reduced, or
- Your employment ends for any reason other than your gross misconduct.

If you're the spouse of an employee, you'll become a qualified beneficiary if you lose your coverage under the Plan because of the following qualifying events:

- Your spouse dies;
- Your spouse's hours of employment are reduced;
- Your spouse's employment ends for any reason other than his or her gross misconduct;
- Your spouse becomes entitled to Medicare benefits (under Part A, Part B, or both); or
- You become divorced or legally separated from your spouse.

Your dependent children will become qualified beneficiaries if they lose coverage under the Plan because of the following qualifying events:

- The parent-employee dies;
- The parent-employee's hours of employment are reduced;
- The parent-employee's employment ends for any reason other than his or her gross misconduct;
- The parent-employee becomes entitled to Medicare benefits (Part A, Part B, or both);
- The parents become divorced or legally separated; or
- The child stops being eligible for coverage under the Plan as a "dependent child."

When is COBRA continuation coverage available?

The Plan will offer COBRA continuation coverage to qualified beneficiaries only after the Plan Administrator has been notified that a qualifying event has occurred. The employer must notify the Plan Administrator of the following qualifying events:

- The end of employment or reduction of hours of employment;
- Death of the employee; or
- The employee's becoming entitled to Medicare benefits (under Part A, Part B, or both).

For all other qualifying events (divorce or legal separation of the employee and spouse or a dependent child's losing eligibility for coverage as a dependent child), you must notify the Plan Administrator within 60 days after the qualifying event occurs. You must provide this notice to:

Imperial Valley Healthcare District
Human Resources

How is COBRA continuation coverage provided?

Once the Plan Administrator receives notice that a qualifying event has occurred, COBRA continuation coverage will be offered to each of the qualified beneficiaries. Each qualified beneficiary will have an independent right to elect COBRA continuation coverage. Covered employees may elect COBRA continuation coverage on behalf of their spouses, and parents may elect COBRA continuation coverage on behalf of their children.

COBRA continuation coverage is a temporary continuation of coverage that generally lasts for 18 months due to employment termination or reduction of hours of work. Certain qualifying events, or a second qualifying event during the initial period of coverage, may permit a beneficiary to receive a maximum of 36 months of coverage.

There are also ways in which this 18-month period of COBRA continuation coverage can be extended:

Disability extension of 18-month period of COBRA continuation coverage

If you or anyone in your family covered under the Plan is determined by Social Security to be disabled and you notify the Plan Administrator in a timely fashion, you and your entire family may be entitled to get up to an additional 11 months of COBRA continuation coverage, for a maximum of 29 months. The disability would have to have started at some time before the 60th day of COBRA continuation coverage and must

last at least until the end of the 18-month period of COBRA continuation coverage. You must provide this notice to:

Imperial Valley Healthcare District
Human Resources

Second qualifying event extension of 18-month period of continuation coverage

If your family experiences another qualifying event during the 18 months of COBRA continuation coverage, the spouse and dependent children in your family can get up to 18 additional months of COBRA continuation coverage, for a maximum of 36 months, if the Plan is properly notified about the second qualifying event. This extension may be available to the spouse and any dependent children getting COBRA continuation coverage if the employee or former employee dies; becomes entitled to Medicare benefits (under Part A, Part B, or both); gets divorced or legally separated; or if the dependent child stops being eligible under the Plan as a dependent child. This extension is only available if the second qualifying event would have caused the spouse or dependent child to lose coverage under the Plan had the first qualifying event not occurred.

Are there other coverage options besides COBRA Continuation Coverage?

Yes. Instead of enrolling in COBRA continuation coverage, there may be other coverage options for you and your family through the Health Insurance Marketplace, Medicare, Medicaid, Children's Health Insurance Program (CHIP), or other group health plan coverage options (such as a spouse's plan) through what is called a "special enrollment period." Some of these options may cost less than COBRA continuation coverage. You can learn more about many of these options at www.healthcare.gov.

Can I enroll in Medicare instead of COBRA continuation coverage after my group health plan coverage ends?

In general, if you don't enroll in Medicare Part A or B when you are first eligible because you are still employed, after the Medicare initial enrollment period, you have an 8-month special enrollment period* to sign up for Medicare Part A or B, beginning on the earlier of

- The month after your employment ends; or
- The month after group health plan coverage based on current employment ends.

*For more information on the 8-month special enrollment period visit:

www.medicare.gov/basics/get-started-with-medicare/sign-up/when-does-medicare-coverage-start

If you don't enroll in Medicare and elect COBRA continuation coverage instead, you may have to pay a Part B late enrollment penalty and you may have a gap in coverage if you decide you want Part B later. If you elect COBRA continuation coverage and later enroll in Medicare Part A or B before the COBRA continuation coverage ends, the Plan may terminate your continuation coverage. However, if Medicare Part A or B is effective on or before the date of the COBRA election, COBRA coverage may not be discontinued on account of Medicare entitlement, even if you enroll in the other part of Medicare after the date of the election of COBRA coverage.

If you are enrolled in both COBRA continuation coverage and Medicare, Medicare will generally pay first (primary payer) and COBRA continuation coverage will pay second. Certain plans may pay as if secondary to Medicare, even if you are not enrolled in Medicare.



For more information visit www.medicare.gov/medicare-and-you.

If you have questions

Questions concerning your Plan or your COBRA continuation coverage rights should be addressed to the contact or contacts identified below. For more information about your rights under the Employee Retirement Income Security Act (ERISA), including COBRA, the Patient Protection and Affordable Care Act, and other laws affecting group health plans, contact the nearest Regional or District Office of the U.S. Department of Labor's Employee Benefits Security Administration (EBSA) in your area or visit www.dol.gov/ebsa. (Addresses and phone numbers of Regional and District EBSA Offices are available through EBSA's website.) For more information about the Marketplace, visit www.healthcare.gov.

Keep your Plan informed of address changes

To protect your family's rights, let the Plan Administrator know about any changes in the addresses of family members. You should also keep a copy, for your records, of any notices you send to the Plan Administrator.

Plan contact information

To obtain more information about the Plan and COBRA continuation coverage upon request, contact the following person:

Imperial Valley Healthcare District
Human Resources

Your Rights and Protections Against Surprise Medical Bills

When you get emergency care or get treated by an out-of-network provider at an in-network hospital or ambulatory surgical center, you are protected from surprise billing or balance billing. In these cases, you shouldn't be charged more than your plan's copayments, coinsurance and/or deductible.

What is "balance billing" (sometimes called "surprise billing")?

When you see a doctor or other health care provider, you may owe certain out-of-pocket costs, such as a copayment, coinsurance, or deductible. You may have other costs or have to pay the entire bill if you see a provider or visit a health care facility that isn't in your health plan's network.

"Out-of-network" means providers and facilities that haven't signed a contract with your health plan to provide services. Out-of-network providers may be permitted to bill you for the difference between what your plan agreed to pay and the full amount charged for a service. This is called "balance billing." This amount is likely more than in-network costs for the same service and might not count toward your plan's deductible annual out-of-pocket limit.

"Surprise billing" is an unexpected balance bill. This can happen when you can't control who is involved in your care—like when you have an emergency or when you schedule a visit at an in-network facility but are unexpectedly treated by an out-of-network provider. Surprise medical bills could cost thousands of dollars depending on the procedure or service.

You're protected from balance billing for:

Emergency Services

If you have an emergency medical condition and get emergency services from an out-of-network provider or facility, the most they can bill you is your plan's in-network cost-sharing amount (such as copayments, coinsurance, and deductibles). You can't be balance billed for these emergency services. This includes services you may get after you're in stable condition, unless you give written consent and give up your protections not to be balanced billed for these post-stabilization services.

As of August 2022, the following 18 states had enacted comprehensive Balance Billing Protections: California, Colorado, Connecticut, Florida, Georgia, Illinois, Maine, Maryland, Michigan, New Hampshire, New Jersey, New Mexico, New York, Ohio, Oregon Texas, Virginia, Washington.

As of August 2022, the following 15 states had enacted limited Balance-Billing Protections: Arizona, Delaware, Indiana, Iowa, Massachusetts, Minnesota, Mississippi, Missouri, Nebraska, Nevada, North Carolina, Pennsylvania, Rhode Island, Vermont, West Virginia.

Generally, those state passed protections apply to fully insured medical plans governed by the specific state and not self-funded medical plans. Check the state insurance commissioner website for details on specific state laws.

If your state is not listed, check your state commissioner's website as states may adopt a surprising billing mandate at any time.

Certain Services at an In-Network Hospital or Ambulatory Surgical Center

When you get services from an in-network hospital or ambulatory surgical center, certain providers there may be out-of-network. In these cases, the most those providers may bill you is your plan's in-network

cost-sharing amount. This applies to emergency medicine, anesthesia, pathology, radiology, laboratory, neonatology, assistant surgeon, hospitalist, or intensivist services. These providers can't balance bill you and may not ask you to give up your protections not to be balance billed.

If you get other types of services at these in-network facilities, out-of-network providers can't balance bill you, unless you give written consent and give up your protections.

You're never required to give up your protections from balance billing. You also aren't required to get care out-of-network. You can choose a provider or facility in your plan's network.

When balance billing isn't allowed, you also have the following protections:

- You're only responsible for paying your share of the cost (like the copayments, coinsurance, and deductible that you would pay if the provider or facility was in-network). Your health plan will pay any additional costs to out-of-network providers and facilities directly.
- Generally, your health plan must:
 - Cover emergency services without requiring you to get approval for services in advance (also known as "prior authorization").
 - Cover emergency services by out-of-network providers.
 - Base what you owe the provider or facility (cost-sharing) on what it would pay an in network provider or facility and show that amount in your explanation of benefits.
 - Count any amount you pay for emergency services or out-of-network services toward your in-network deductible and out-of-pocket limit.

If you think you've been wrongly billed, you may contact the US Dept. of Health & Human Services at 1-877-696-6775 or your State Insurance Commissioner.

The contents of this document do not have the force and effect of law and are not meant to bind the public in any way, unless specifically incorporated into a contract. This document is intended only to provide clarity to the public regarding existing requirements under the law.



ACA Reporting Notice

In an effort to reduce waste and promote efficiency, Imperial Valley Healthcare District Health Plan is taking advantage of a new law that allows us to make your IRS Form 1095-C or Form 1095-B available to you only upon request. We are required to file this form with the IRS to show whether we offered you healthcare coverage in one or more months of calendar year 2025. If you recall, in the past, this form was mailed you in the first quarter of the year. However, pursuant to the new law, we will not be mailing the forms this year.

While we are no longer automatically mailing the form to you, you can request a copy of your form at any time. If you are interested in obtaining a copy of your form, you may contact:

Imperial Valley Healthcare District
Human Resources

We will provide the form to you within thirty (30) days of your request.



PARA: Empleados elegibles para beneficios de salud grupales bajo los planes de salud grupales de Imperial Valley Healthcare District

FECHA: 1 de julio de 2026

ASUNTO: Avisos anuales obligatorios para planes de salud grupales

Información Importante – Puede Requerir Acción

Para asegurar que tenga toda la información que necesita para tomar decisiones informadas para usted y su familia, la ley exige que Imperial Valley Healthcare District le informe ciertos derechos legales que puede tener y las obligaciones legales que aplican a Imperial Valley Healthcare District Health Plan. Estos derechos y obligaciones se describen con más detalle en los avisos adjuntos.

Contenido

Aviso sobre la Ley de Michelle	Página 28
Aviso sobre la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer	Página 28
Aviso de la Ley de Protección Médica de la Madre y el Recién Nacido	Página 29
Aviso de Prácticas de Privacidad HIPAA	Página 29
Aviso de Inscripción Especial HIPAA	Página 36
Opciones de Cobertura del Mercado de Seguros y Su Cobertura de Salud	Página 37
Aviso Importante sobre su Cobertura de Medicamentos Recetados y Medicare	Página 40
Asistencia con Primas bajo Medicaid y Programa Médico para Menores (CHIP)	Página 42
Modelo de Aviso General de Derechos de Continuación de Cobertura de COBRA	Página 47
Sus Derechos y Protecciones Contra Facturas Médicas Sorpresa	Página 51
Aviso de informes de ACA	Página 53

Debe revisar estos avisos detenidamente y guardarlos con otros materiales que reciba sobre los beneficios disponibles bajo el Plan. Si tiene alguna pregunta sobre cualquiera de los derechos y obligaciones legales que se describen a continuación o sobre el Plan, debe escribir o llamar a:

Imperial Valley Healthcare District, Human Resources
207 West Legion Rd | Brawley, California 92227

Los siguientes avisos no pretenden ser una descripción de los beneficios ofrecidos bajo el Plan. Para obtener más información sobre beneficios específicos, consulte el Resumen de la Descripción del Plan o comuníquese con la persona mencionada anteriormente.

Si usted (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. Por favor, consulte página 40 para más detalles.

Aviso sobre la Ley de Michelle

Cuando un hijo dependiente mayor de 26 años pierde la condición de estudiante bajo la política de elegibilidad de la cobertura del plan de salud grupal Imperial Valley Healthcare District, debido a una licencia médica necesaria de alguna institución educativa de nivel superior, el plan de salud grupal Imperial Valley Healthcare District continuará brindando cobertura durante la licencia hasta un año después de la fecha de finalización de la licencia o hasta la fecha en que termine la cobertura del plan de salud grupal Imperial Valley Healthcare District, lo que ocurra primero.

Para mantener la elegibilidad y continuidad de cobertura como dependiente durante dicha licencia:

- El Imperial Valley Healthcare District Health Plan debe recibir una certificación por escrito del médico tratante del hijo dependiente que indique que el hijo sufre una enfermedad o lesión grave y que el permiso de ausencia (u otro cambio de inscripción) es médicamente necesario; y
- El dependiente se establece como dependiente discapacitado según lo definen los proveedores médicos.

Para más información, comuníquese con:

Imperial Valley Healthcare District
Human Resources

Aviso sobre la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer

Notificación de Inscripción

Si le han realizado o le realizarán una mastectomía, puede tener el derecho a ciertos beneficios bajo la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer (WHCRA, por sus siglas en inglés). Para las personas que reciben beneficios relacionados a la mastectomía, la cobertura será determinada a partir de la consulta con el paciente y su médico de cabecera, para:

- Todas las etapas de reconstrucción de la mama que fue removida con la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para lograr una apariencia simétrica;
- Prótesis; y
- Tratamiento de complicaciones físicas que surjan como resultado de la mastectomía, incluyendo linfedemas.

Estos beneficios estarán sujetos a los mismos deducibles y coseguro aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos cubiertos en este plan. Por eso, se aplican los siguientes deducibles y coseguro:

- Independence PPO Plan - Creditable
- \$0/\$1,500/\$2,500 OON; 0/25/50 OON
- Freedom PPO Plan - Creditable
- \$0/\$1,000/\$1,500 OON; 0/25/50 OON

Para más información sobre los beneficios WHCRA, comuníquese con el administrador de su plan:

Imperial Valley Healthcare District
Human Resources

Aviso Anual

¿Sabía que su plan, tal como lo exige la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer, proporciona beneficios para servicios relacionados con la mastectomía, incluidas todas las etapas de reconstrucción y cirugía para lograr la simetría del pecho, la cobertura de las prótesis y cualquier complicación resultante de una mastectomía, como el linfedema? Contacte al administrador de su plan para obtener más información.

Aviso de la Ley de Protección Médica de la Madre y el Recién Nacido

En líneas generales, bajo la ley Federal, los emisores de planes de salud grupales y de seguros médicos no pueden restringir los beneficios de ninguna estadía hospitalaria en conexión con un nacimiento, para la madre o el recién nacido, a menos de 48 horas posteriores a un parto vaginal o a menos de 96 horas posteriores a una cesárea. Sin embargo, la ley Federal generalmente no prohíbe que el proveedor de servicios médicos de la madre o el recién nacido, después de consultar con su madre, dé de alta a la madre o a su hijo antes de las 48 horas (o las 96 horas según corresponda). En cualquier caso, los planes y los emisores no pueden, de acuerdo con la ley Federal, exigir que el proveedor obtenga autorización del plan o el emisor del seguro para prescribir una estancia no superior a 48 horas (o 96 horas).

Aviso de Prácticas de Privacidad HIPAA

Vigente a partir de 07/01/2026, o en una fecha posterior cuando este aviso sea publicado por primera vez.

LEA ESTE AVISO CUIDADOSAMENTE, YA QUE DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED. ESTE AVISO TAMBIÉN LO DIRIGE A CÓMO PUEDE ACCEDER A SU INFORMACIÓN MÉDICA.

Imperial Valley Healthcare District Name (la "Compañía") le está proporcionando este aviso de privacidad para que entienda cómo usamos su información de salud y cuándo necesitamos divulgar su información de salud a otras personas. Para cada obligación y derecho listado en este aviso, el término "nosotros" se refiere tanto al Administrador del Plan como a los administradores de reclamaciones para las opciones de cobertura listadas, a partir de 07/01/2026, bajo el Imperial Valley Healthcare District Health Plan (el "Plan").

La Compañía es el Administrador del Plan para el Plan. Los administradores de reclamaciones del Plan están listados en la sección de "Administradores de reclamaciones" en la última página de este aviso.

Este aviso está sujeto a cambios. Usted puede contactar a el Oficial de Privacidad de HIPAA de la Compañía, Imperial Valley Healthcare District, Human Resources, al o (760) 970-6046 para solicitar una copia de este aviso.

Además, puede solicitar una copia por correo a la siguiente dirección:

Imperial Valley Healthcare District
Attention: Imperial Valley Healthcare District

207 West Legion Rd
Brawley, California 92227

El Plan está obligado por ley a cumplir con los términos de este aviso, los cuales pueden ser modificados de vez en cuando.

Resumen de sus derechos de privacidad

Podemos usar y compartir su información de salud para:

- Ayudar a gestionar el tratamiento de salud que recibe
- Pagar por sus servicios de salud
- Administrar el Plan
- Informarle sobre otros beneficios y servicios de salud
- Ayudar a su familia y amigos involucrados en su atención
- Realizar investigaciones

También podemos usar y compartir información de salud para:

- Razones de salud y seguridad
- Solicitudes de donación de órganos y tejidos
- Propósitos militares
- Solicitudes de compensación laboral
- Demandas
- Solicitudes de la ley
- Razones de seguridad nacional
- Uso por parte del forense, examinador médico o director de funerarias
- Otras divulgaciones que puedan ser requeridas por ley o que se traten aquí

Usted tiene el derecho a:

- Obtener una copia de su historial médico.
- Solicitar un cambio a su historial médico si cree que está equivocado.
- Pedir un registro de ciertas divulgaciones de su información de salud.
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos.
- Pedir una copia de nuestro aviso de privacidad.
- Escribir una carta de queja si cree que sus derechos de privacidad han sido violados.

El propósito de este documento es delinear e informarle sobre sus derechos de privacidad establecidos bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA). Este aviso de privacidad describe las prácticas de privacidad de la Compañía bajo el Plan. Debe verificar con el administrador de los planes de salud y las cuentas de gasto flexible en atención médica para obtener más detalles sobre esos planes específicos. Es posible que reciba un Aviso de Derechos de Privacidad de HIPAA específico para cada plan en el que esté inscrito.

La Compañía, como patrocinador y administrador del Plan, y cada uno de los administradores de reclamaciones que han sido contratados para administrar los planes de salud grupales del Plan, están obligados por ley a proteger la privacidad de su información de salud.

"Información de salud protegida," como se utiliza en este aviso de privacidad, significa cualquier información de salud identificable individualmente que es creada o recibida por un proveedor de atención médica o el Plan relacionada con:

- Su salud física o mental o condición
- La provisión de atención médica a usted
- El pago por la atención médica

"Información de salud protegida" no incluye, entre otras cosas, cualquier información mantenida en el sistema de nómina de la Compañía o registros relacionados con la inscripción de un individuo o el nivel de cobertura bajo un plan de salud grupal de la Compañía. Tampoco incluye ninguna otra información que la Compañía mantenga en su capacidad como "empleador" o en relación con planes distintos a los planes de salud grupales de la Compañía.

La Compañía se reserva el derecho de cambiar o enmendar este aviso de privacidad y nuestras prácticas de privacidad, y de hacer efectivos dichos cambios para toda la información de salud protegida que mantenemos, pero si lo hacemos, comunicaremos cualquier cambio material a usted mediante un aviso de privacidad revisado en la fecha de vigencia del cambio material. Le proporcionaremos el aviso revisado, o información sobre el cambio y cómo obtener el aviso revisado, en el próximo envío anual a usted. Puede solicitar una copia contactando al Oficial de Privacidad de la Compañía Imperial Valley Healthcare District, Human Resources en 207 West Legion Rd, Brawley, California 92227, o (760) 970-6046.

También puede solicitar una copia por correo a la dirección que aparece al principio de este aviso.

Cómo podemos usar o divulgar su información de salud protegida

Debemos usar y divulgar su información de salud protegida para proporcionar información:

- A usted o a alguien que tenga el derecho legal de actuar en su nombre (su representante personal)
- Al Departamento de Salud y Servicios Humanos, si es necesario, para asegurarnos de que su privacidad esté protegida
- Cuando lo requiera la ley

Tenemos el derecho de usar y divulgar su información de salud protegida para pagar por su atención médica y para operar y administrar el Plan. Algunos ejemplos de cuándo podemos usar su información de salud protegida son:

- Para el pago de reclamaciones por servicios recibidos por usted y procesados por los administradores de reclamaciones para el Plan en el que está inscrito.
- Para tratamiento, para que los médicos, hospitales o ambos puedan proporcionarle atención médica.
- Para la coordinación de beneficios con otros planes de salud cubiertos.
- Para operaciones de atención médica, para operar y administrar el plan y para ayudar a gestionar su cobertura de atención médica. Por ejemplo, el Plan puede usar su información de salud protegida en relación con:
 - Un programa de manejo de enfermedades o bienestar para mejorar su salud

- Suscripción, incluyendo, pero no limitado a, solicitar ofertas de posibles aseguradoras (la información genética no se utilizará para fines de suscripción)
- Actividades de fusión y adquisición
- Determinación de contribuciones de los participantes
- Presentar reclamaciones al asegurador de stop-loss (o pérdida excesiva) del plan (si lo hay)
- Realizar o organizar revisiones médicas
- Servicios legales
- Servicios de auditoría
- Programas de detección de fraude y abuso

El Plan también puede usar su información de salud protegida para otras actividades administrativas, como la gestión de costos y la realización de actividades de evaluación y mejora de la calidad.

- Para proporcionar información sobre programas o productos relacionados con la salud. Por ejemplo, el administrador de reclamaciones podría hablar con su médico sobre productos y servicios relacionados con la salud, o para sugerir un tratamiento o programa médico alternativo.

Bajo circunstancias limitadas, puede que tengamos que usar o divulgar su información de salud protegida:

- A las personas involucradas en su atención, como un miembro de la familia, si usted está incapacitado, en una emergencia, o cuando lo permita la ley.
- Para actividades de salud pública, como reportar brotes de enfermedades.
- Para reportar víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica a las autoridades gubernamentales, incluyendo una agencia de servicios sociales o de protección.
- Para actividades de supervisión de la salud, como auditorías gubernamentales, investigaciones de fraude y abuso.
- Para procedimientos judiciales o administrativos, como responder a una orden judicial, orden de registro o citación.
- Para fines de aplicación de la ley, como proporcionar información limitada para localizar a una persona desaparecida.
- Para evitar una amenaza seria para la salud o seguridad, como divulgar información a agencias de salud pública.
- Para funciones gubernamentales especializadas, , como actividades militares y de veteranos, seguridad nacional y actividades de inteligencia.
- Para compensación laboral, incluyendo divulgaciones requeridas por las leyes estatales de compensación laboral para lesiones relacionadas con el trabajo.
- Para fines de investigación, como investigaciones relacionadas con la prevención de enfermedades o discapacidades, pero solo si el estudio de investigación cumple con todos los requisitos de la ley de privacidad.
- Para proporcionar información sobre los fallecidos, como proporcionar información de salud

protegida a un forense o examinador médico para identificar a una persona fallecida, determinar la causa de la muerte, o según lo autorizado por la ley, o a los directores de funerarias según sea necesario para cumplir con sus funciones.

- Para fines de obtención de órganos, como el almacenamiento o trasplante de órganos, ojos o tejidos.

Trastorno por Uso de Sustancias

Usted tiene ciertas protecciones adicionales disponibles relacionadas con los registros de tratamiento de trastornos por uso de sustancias en la medida en que recibimos registros de tratamiento de trastornos por uso de sustancias de cualquier programa o actividad relacionada con la educación, prevención, capacitación, tratamiento, rehabilitación o investigación sobre abuso de sustancias, que sea realizada, regulada o asistida directa o indirectamente por cualquier departamento o agencia de los Estados Unidos. No utilizaremos ni divulgaremos ninguno de estos registros sin obtener primero su autorización por escrito para divulgar tales registros o sin una orden judicial que requiera que estos registros sean utilizados o divulgados. Requeriremos que cualquier orden judicial esté acompañada de una citación u otro documento legal que obligue la divulgación antes de que los registros sean divulgados. Sin embargo, tenga en cuenta que no se requiere su autorización por escrito si los registros se proporcionan a autoridades de salud pública, si los registros son desidentificados de acuerdo con los requisitos bajo la Regla de Privacidad.

Si ninguno de los motivos anteriores aplica, entonces se necesita su autorización por escrito para usar o divulgar su información de salud protegida. Específicamente, se requiere su autorización por escrito para usar o divulgar cualquier nota de psicoterapia, si aplica, y para usar o divulgar cualquier información de salud protegida con fines de marketing o por la cual los planes de salud grupales reciban compensación. Si aplica, los planes de salud grupales también pueden contactarlo para recaudar fondos, pero usted puede elegir no recibir ninguna comunicación de recaudación de fondos en el futuro. Si el uso o la divulgación de información de salud protegida está prohibido o materialmente limitado por otras leyes aplicables, nuestra intención es cumplir con los requisitos de la ley más estricta para proteger su privacidad.

Después de que recibamos su autorización para liberar su información de salud protegida, no podemos garantizar que la persona a quien se le proporcione la información no divulgará su información. Usted puede revocar su autorización por escrito, a menos que ya hayamos actuado basados en su autorización. Para revocar una autorización, contacte al administrador de reclamaciones del Plan en el que está inscrito.

Tenga en cuenta que cualquier divulgación requerida o permitida descrita en este Aviso puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario de la divulgación y, en ese momento, ya no estará protegida por los derechos y obligaciones descritos en este Aviso. Además, el Plan no utiliza ni divulga PHI, incluida la información sobre trastornos por uso de sustancias, con fines de recaudación de fondos.

¿Cuáles son sus derechos sobre su información de salud protegida?

Usted tiene el derecho a:

- Solicitar restricciones en el uso o divulgación de su información de salud protegida para tratamiento, pago o operaciones de atención médica. También puede solicitar restringir las divulgaciones a miembros de la familia o a otras personas involucradas en su atención o que hagan pagos por su atención médica. También podemos tener políticas sobre el acceso de dependientes que puedan autorizar ciertas restricciones. Le pedimos que entienda que, aunque intentaremos honrar su solicitud y permitiremos solicitudes consistentes con nuestras políticas,

no estamos obligados a aceptar ninguna restricción.

Una entidad cubierta (como un proveedor de atención médica) debe cumplir con una restricción solicitada si la divulgación es a un plan de salud con fines de pago o operaciones de atención médica y la información de salud protegida está relacionada con un artículo o servicio de atención médica para el cual un individuo pagó en su totalidad, de su propio bolsillo. Por ejemplo, si recibe atención médica y elige pagarle al proveedor el monto total de la atención, de su propio bolsillo, puede solicitar que el proveedor no divulgue dicha información al Plan, y el proveedor debe aceptar dicha solicitud.

- Elija cómo lo contactamos. Usted tiene el derecho de pedir que nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de una manera específica o incluso en un lugar determinado. Un ejemplo de esto podría ser que solo lo contactemos en el trabajo o por correo. Si tiene una preferencia sobre cómo nos comunicamos con usted, por favor háganoslo saber por escrito. No estamos obligados a aceptar su solicitud, pero, si lo hacemos, cumpliremos con ella.
- Ver y obtener una copia de su información de salud protegida que puede ser utilizada para tomar decisiones sobre usted, como reclamaciones y casos o registros de gestión médica. Puede recibir un resumen de esta información de salud. Si su información de salud protegida se mantiene electrónicamente en uno o más conjuntos de registros designados, entonces tiene el derecho de obtener una copia de esta información de salud en formato electrónico. Se necesitará una solicitud por escrito para inspeccionar y copiar su información de salud protegida. En ciertas circunstancias limitadas, su solicitud para inspeccionar y copiar su información de salud protegida puede ser denegada. Una solicitud de acceso debe ser realizada a los administradores de reclamaciones correspondientes según lo indicado en este aviso de privacidad.
- Pedir enmendar la información de salud protegida que mantenemos sobre usted si cree que está equivocada o incompleta. La enmienda debe ser presentada por escrito al administrador de reclamaciones para el Plan en el que está inscrito, junto con una razón que respalde su solicitud. Si se deniega su solicitud, puede agregar una declaración de su desacuerdo a su información de salud protegida.
- Nombrar un representante personal. Puede solicitar que el Plan divulgue su información de salud protegida a su representante personal. Un "representante personal" es una persona que usted designe para actuar en su nombre y tomar decisiones sobre su atención médica. Si desea que el Plan divulgue su información de salud protegida a su representante personal, presente una declaración por escrito dando permiso al Plan para liberar su información de salud protegida a su representante personal y documentación que demuestre que esta persona califica como su representante personal bajo la ley estatal, como un poder notarial que autorice a esta persona a tomar decisiones sobre su atención médica. Presente esta solicitud por escrito al administrador de reclamaciones correspondiente.
- Recibir un registro de divulgaciones de su información de salud protegida realizada por el Plan durante los seis años anteriores a su solicitud. Este registro no incluirá las divulgaciones de información de salud protegida hechas:
 1. Para tratamiento, pago y operaciones de atención médica;
 2. A usted o conforme a su autorización;
 3. A instituciones correccionales o funcionarios de la ley; y
 4. En relación con otras divulgaciones para las cuales la ley federal no requiere que proporcionemos un registro.Su solicitud debe indicar en qué formato desea la lista (por ejemplo, en papel o electrónicamente).

Presente esta solicitud por escrito al administrador de reclamaciones correspondiente. La primera lista que solicite en un período de 12 meses será gratuita y podemos cobrarle por responder a cualquier solicitud adicional. Le notificaremos sobre el costo involucrado y podrá optar por retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de que se incurra en costos.

Usted tiene derecho a una copia en papel de este aviso de privacidad en cualquier momento. Puede contactar al Oficial de Privacidad del Plan, Imperial Valley Healthcare District, Human Resources en 207 West Legion Rd, Brawley, California 92227, o (760) 970-6046.

También puede solicitar una copia por correo a la dirección que aparece al principio de este aviso.

Cómo ejercer sus derechos

Contacte a los administradores de reclamaciones

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso de privacidad o desea ejercer cualquiera de sus derechos, llame al administrador de reclamaciones para las opciones de cobertura del Plan en el que está inscrito. La información de contacto se encuentra en la sección de "Administradores de reclamaciones" en la última página de este aviso.

Presentación de una queja

Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede contactar por escrito al Oficial de Privacidad de HIPAA del Plan en la siguiente dirección:

Imperial Valley Healthcare District, Human Resources
207 West Legion Rd, Brawley, California 92227

También puede presentar una queja ante el Secretario de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en: 200 Independence Avenue, SW, Sala 509-F Edificio HHH, Washington, DC 20201, o en la oficina regional correspondiente de la Oficina de Derechos Civiles del HHS, cuya información de contacto está disponible en:
<http://www.hhs.gov/ocr/about-us/contact-us/index.html>

No tomaremos ninguna acción en su contra por presentar una queja.

Los planes de salud grupales de la Compañía tienen políticas y procedimientos establecidos diseñados para abordar las violaciones de información de salud protegida no asegurada. Los planes de salud grupales de la Compañía están obligados, de acuerdo con HIPAA, a notificarle si su información de salud protegida no asegurada se ve comprometida. Si su queja está relacionada con los procedimientos de notificación de violaciones de los planes de salud grupales de la Compañía o con el cumplimiento de las políticas y procedimientos de los planes de salud grupales de la Compañía en general, envíe la queja al Oficial de Privacidad en la dirección indicada arriba.

Restricciones sobre la información de salud protegida

La Compañía no puede usar ni divulgar información de salud protegida para acciones o decisiones relacionadas con el empleo. La Compañía solo podrá usar o divulgar información de salud protegida como lo permita o requiera la ley y reportará cualquier uso o divulgación de información de salud protegida que sea inconsistente con los usos y divulgaciones permitidos.

Administrador del Plan y separación del plan de salud

Los miembros del equipo de la Compañía, las clases de miembros del equipo u otros miembros de la

fuerza laboral listados como “empleados autorizados” en las políticas y procedimientos de HIPAA del Plan tendrán acceso a la información de salud protegida solo para realizar las funciones administrativas del plan requeridas del Administrador del Plan para administrar los planes de salud grupales de la Compañía. Esta lista incluye a todos los miembros del equipo, clases de miembros del equipo u otros miembros de la fuerza laboral bajo el control del individuo que puede recibir información de salud protegida relacionada con el curso ordinario del negocio.

Los miembros del equipo, las clases de miembros del equipo u otros miembros de la fuerza laboral identificados anteriormente (y cualquier individuo bajo el control de estos miembros del equipo) pueden estar sujetos a acciones disciplinarias y sanciones por cualquier uso o divulgación de información de salud protegida que viole estas disposiciones.

Administradores de Reclamaciones

Aquí está la información de contacto para llegar al administrador de reclamaciones para los beneficios de los planes de salud grupales de la Compañía en los que está inscrito, por favor llame al número aplicable listado a continuación:

Aviso de Inscripción Especial HIPAA

Este aviso tiene el propósito de asegurar que comprenda su derecho a solicitar una cobertura de seguro médico grupal. Usted debe leer esta notificación incluso si planea renunciar a la cobertura por el momento.

Pérdida de Otra Cobertura

Si rechaza esta cobertura para usted o para sus dependientes (incluido su cónyuge) por otro seguro médico o cobertura de un plan de salud grupal, usted y sus dependientes podrán inscribirse en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir con la otra cobertura para usted o sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción en un plazo de 30 días después que su cobertura o la de sus dependientes haya terminado (o después que el empleador deje de contribuir con la otra cobertura).

Además, si tiene un nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o asignación para adopción, podrán inscribirse usted y sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de un plazo de 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o asignación para adopción.

Medicaid o CHIP

Si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad de cobertura por medio de Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés) o se vuelve elegible para un subsidio de asistencia con el pago de primas por medio de Medicaid o CHIP, usted y sus dependientes podrán inscribirse. Deberá solicitar la inscripción dentro de un plazo de 60 días posteriores a la pérdida de la cobertura por Medicaid o CHIP, o la obtención de la elegibilidad para un subsidio de asistencia con el pago de primas.

Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, contacte a:

Imperial Valley Healthcare District
Human Resources

Opciones de Cobertura del Mercado de Seguros y Su Cobertura de Salud

Incluso si le ofrecen 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 cierta información básica sobre el Mercado de Seguros Médicos y la cobertura de salud ofrecida a través de su empleo.

¿Qué es el Mercado de Seguros Médicos?

El Mercado está diseñado para ayudarlo a encontrar un seguro médico que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El Mercado ofrece un “punto único de compra” para encontrar y comparar opciones de seguros médicos privados en su área geográfica.

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

Es posible que califique para ahorrar dinero y reducir su prima mensual y otros costos de bolsillo, pero solo si su empleador no ofrece cobertura o si ofrece cobertura que no se considera asequible para usted y no cumple con ciertas normas 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 reduzca sus costos.

¿La cobertura de salud basada en el empleo afecta la elegibilidad para recibir ahorros en 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 ciertas normas de valor mínimo, no será elegible para un crédito fiscal o pago por adelantado 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, usted puede ser elegible para un crédito fiscal y pagos por adelantado del crédito, que reducen su prima mensual, o una reducción en ciertos costos compartidos, si su empleador no le ofrece cobertura alguna o no le ofrece cobertura que se considera asequible para usted o cumple con las normas de valor mínimo. Si su participación del costo de la prima de todos los planes que se le ofrecen a través de su empleo es más del 9.96% (2026, indexado anualmente) de su ingreso familiar anual, o si la cobertura a través de su empleo no cumple con la norma de “valor mínimo” establecida por la Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio, puede ser elegible para un crédito fiscal y el pago por adelantado 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 plan de menor costo que cubriría a todos los miembros de la familia no excede el 9.96% (2026, indexado anualmente) de los ingresos del hogar del empleado.

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, entonces puede perder el acceso a todo 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 para efectos del impuesto sobre la renta federal y estatal. Sus pagos de 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 las normas de asequibilidad o valor mínimo, pero acepta esa cobertura de todos modos, no será elegible para un crédito fiscal. Debe considerar todos estos factores al determinar si debe comprar un plan de salud a través del Mercado.

¿Cuándo puedo inscribirme en una 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 al menos hasta el 15 de diciembre.

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

También existe un Período de Inscripción Especial del Mercado para personas y sus familias que pierden la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés) a partir del 31 de marzo de 2023 hasta el 31 de julio de 2024. Desde el inicio de la emergencia de salud pública del COVID-19 a nivel nacional, las agencias estatales de Medicaid y CHIP generalmente no han cancelado la inscripción de ningún beneficiario de Medicaid o CHIP que estuviera inscrito 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 reanuden las prácticas habituales 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 en el 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 que envían 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, son elegibles para un Período de Inscripción Especial 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 recibir cualquier información sobre los cambios en su elegibilidad. Para obtener más información, visite [HealthCare.gov](https://www.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 de 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 de Inscripción Especial para inscribirse en ese plan de salud en ciertas circunstancias, incluso si usted o las personas a su cargo estaban inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP y perdieron esa cobertura. Generalmente, 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. Confirme la fecha límite con su empleador o con 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.

¿Como puedo obtener más información?

Para obtener más información acerca de su cobertura ofrecida por su empleador, consulte el Resumen de la Descripción de su Plan ó comuníquese con su Departamento de Recursos Humanos al:

Imperial Valley Healthcare District
Human Resources

El Mercado puede ayudarle a evaluar sus opciones de cobertura, incluyendo su elegibilidad para cobertura a través del Mercado y sus costos. Por favor visite la página www.cuidadodesalud.gov para obtener más información, incluyendo una solicitud en línea para cobertura de seguro e información para contactarse para un Mercado de Seguro de Salud en su área.

COBERTURA ACREDITABLE – Independence PPO Plan - Creditable, \$0/\$1,500/\$2,500 OON; 0/25/50 OON, Freedom PPO Plan - Creditable, \$0/\$1,000/\$1,500 OON; 0/25/50 OON

Aviso Importante sobre su Cobertura de Medicamentos Recetados y Medicare

Por favor lea este aviso cuidadosamente y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura de recetas médicas con Imperial Valley Healthcare District y sus opciones bajo la cobertura de Medicare para medicamentos recetados. Esta información puede ayudarlo a decidir si desea o no inscribirse al plan de recetas de Medicare.

Si está considerando inscribirse al plan, debe comparar su cobertura actual, incluyendo cuáles medicamentos están cubiertos y a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de recetas de Medicare en su área. Al final de este aviso encontrará información sobre dónde puede solicitar ayuda para tomar decisiones relacionadas con su cobertura de recetas médicas.

Hay dos cosas importantes que necesita saber sobre su cobertura actual y la cobertura de recetas médicas del Medicare:

1. La cobertura de Medicare para medicamentos recetados se habilitó en el 2006 para todos los afiliados del Medicare. Usted puede recibir esta cobertura si se afilia al Plan de Recetas Médicas de Medicare o al Plan de Medicare Advantage (por ejemplo: HMO o PPO) que ofrece cobertura de recetas médicas. Todos los planes de recetas de Medicare brindan por lo menos ofrecen un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura con primas mensuales más altas.
2. Imperial Valley Healthcare District ha determinado que la cobertura de recetas médicas ofrecida por Imperial Valley Healthcare District Health Plan se espera, como promedio para todos los participantes del plan, que pague tanto como lo que paga la cobertura de recetas médicas de Medicare y por lo tanto se considera una Cobertura Acreditable. Debido a que su cobertura existente es una Cobertura Acreditable, puede mantener esta cobertura y no pagar una prima mayor (una penalidad) si decide más tarde inscribirse a un plan de recetas de Medicare.

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

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

Sin embargo, si usted pierde su actual cobertura acreditable de recetas médicas, por una causa no atribuible a usted, será elegible para un Período de Inscripción Especial (SEP, por sus siglas en inglés) de dos (2) meses, en cual puede inscribirse al plan de recetas de Medicare.

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

Si usted decide afiliarse al plan de recetas de Medicare, su cobertura actual con Imperial Valley Healthcare District puede estar afectada. Si usted decide afiliarse al plan de recetas de Medicare y desechar la cobertura actual con Imperial Valley Healthcare District, usted y sus dependientes no podrán recuperar esta cobertura hasta el próximo período de inscripción ha abierto.

¿Cuándo pagará una prima mayor (penalidad) por inscribirse en un plan de recetas de Medicare?

Si usted desecha o pierde su cobertura actual con Imperial Valley Healthcare District y no se afilia al plan de recetas de Medicare en los primeros 63 días después de que concluya su cobertura actual, puede pagar primas mayores (una penalidad) para afiliarse a un plan de recetas de Medicare.

Si llega o supera el límite de 63 días sin una cobertura de recetas médicas acreditable, su prima mensual puede ascender como mínimo un 1% por mes a partir de la prima base del beneficiario del Medicare por cada mes que no tuvo cobertura.

Por ejemplo, si pasan diecinueve meses sin una cobertura acreditable, su prima puede ser por lo menos un 19% más alta que la prima base de un beneficiario de Medicare. Puede que deba pagar esta prima más alta (una penalidad) mientras tenga una cobertura de recetas de Medicare. Además, tendrá que esperar hasta el próximo octubre para afiliarse.

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

Contacte la persona mencionada debajo para obtener más información. NOTA: Recibirá este aviso cada año. También lo recibirá antes del próximo periodo de inscripciones al plan de recetas de Medicare y en el caso de que esta cobertura con Imperial Valley Healthcare District cambie. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

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

Puede encontrar más información detallada sobre planes de Medicare que ofrecen cobertura para recetas médicas, refiérase al manual "Medicare y Usted". Recibirá de Medicare, una copia de este manual en el correo cada año. También puede ser contactado directamente por los planes de recetas de Medicare.

Para más información sobre la cobertura de recetas médicas de Medicare:

- Visite <https://es.medicare.gov>.
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia para los Seguros de Salud (vea en el interior de la contraportada de su copia del manual "Medicare y Usted"; para obtener los números telefónicos para obtener ayuda especializada.
- Llame gratis a **1-800-MEDICARE** (1-800-633-4227). Usuarios TTY deben llamar a 1-877-486-2048.

Si tiene ingresos y recursos limitados, existen ayudas adicionales disponibles para las coberturas de recetas médicas de Medicare. Para conocer sobre la ayuda adicional, visite Seguridad Social en el sitio www.ssa.gov/espanol, o llámalos a **1-800-772-1213** (TTY 1-800-325-0778).

Recuerde: Guarde este aviso de Cobertura Acreditable. Si decide unirse a uno de los planes de recetas de Medicare, puede ser requerido suministrar una copia de este aviso cuando se afilie, para demostrar que ha mantenido o no una cobertura acreditable y por lo tanto, servirá para determinar si debe pagar o no una prima mayor (una penalidad).

Fecha: 22 de abril de 2026
Nombre de Entidad/Empresa: Imperial Valley Healthcare District
Contacto - Puesto/Oficina: Imperial Valley Healthcare District, Human Resources
Dirección: 207 West Legion Rd
Brawley, California 92227

Asistencia con Primas bajo Medicaid y Programa Médico 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.

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 (1-877-543-7669) o visite www.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 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 17 de julio de 2025. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad –

La lista comienza en la página siguiente.

ALABAMA – Medicaid	ALASKA – Medicaid
Sitio web: www.myalhipp.com Teléfono: 1-855-692-5447	El Programa de Pago de Alaska primas del seguro médico Sitio web: www.myakhipp.com Teléfono: 1-866-251-4861 Por correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad de Medicaid: https://health.alaska.gov/dpa/
ARKANSAS – Medicaid	CALIFORNIA – Medicaid
Sitio web: www.myarhipp.com Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Website: www.dhcs.ca.gov/hipp Phone: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Email: hipp@dhcs.ca.gov
COLORADO – Health First Colorado (Colorado's Medicaid Program) & Child Health Plan Plus (CHP+)	FLORIDA – Medicaid
Sitio web Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program: www.dhcs.ca.gov/hipp Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Por correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov	
GEORGIA – Medicaid	INDIANA – Medicaid
Sitio web de GA HIPP: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162, Presiona 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, Presiona 2	Programa de pago de primas de seguro de salud Todos los demás son Medicaid Sitio web: www.in.gov/medicaid o www.in.gov/fssa/dfra Administración de familias y servicios sociales Teléfono: 1-800-403-0864 Teléfono de servicios para miembros: 1-800-457-4584
IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)	KANSAS – Medicaid
Sitio web de Medicaid: https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366 Sitio web de Hawki: https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/iowa-health-link/hawki Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563 Sitio web de HIPP: https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/fee-service/hipp Teléfono de HIPAA: 1-888-346-9562	Sitio web: www.kancare.ks.gov Teléfono: 1-800-792-4884 Teléfono de HIPP: 1-800-967-4660
KENTUCKY – Medicaid	LOUISIANA – Medicaid
Sitio web del Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP): https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/pages/kihipp.aspx Teléfono: 1-855-459-6328 Por correo electrónico: KIHIPPPROGRAM@ky.gov Sitio web de KCHIP: https://kidshealth.ky.gov/es/Pages/default.aspx Teléfono: 1-877-524-4718 Sitio web de Medicaid de Kentucky: https://chfs.ky.gov/agencies/dms	Sitio web: https://www.ldh.la.gov/healthy-louisiana Medicaid Customer Service Line: 1-888-342-6207 Louisiana Medicaid email: healthy@la.gov Louisiana Health Insurance Premium Program (LaHIPP) Website: https://www.ldh.la.gov/lahipp LaHIPP phone: 1-877-697-6703 LaHIPP email: La.HIPP@la.gov LaHIPP fax: 1-888-716-9787 LaHIPP mailing address: 100 Crescent Centre Parkway, Suite 1000 Tucker, GA 30084

MAINE – Medicaid	MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP
Sitio web por inscripción: https://dvha.vermont.gov/members/Medicaid/hipp-program Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Maine relay 711 Página web por primos de seguro de salud privado: www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-977-6740 TTY: Maine relay 711	Sitio web: www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840 TTY: 711 Por correo electrónico: masspreassistance@accenture.com
MINNESOTA – Medicaid	MISSOURI – Medicaid
Sitio web: https://mn.gov/dhs/health-care-coverage Teléfono: 1-800-657-3672	Sitio web: www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005
MONTANA – Medicaid	NEBRASKA – Medicaid
Sitio web: www.dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084 Por correo electrónico: HSHIPPProgram@mt.gov	Sitio web: www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178
NEVADA - Medicaid	NUEVO HAMPSHIRE – Medicaid
Sitio web de Medicaid: http://www.dhcfp.nv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900	Sitio web: www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Teléfono: 603-271-5218 Teléfono gratuito para el programa de HIPP: 1-800-852-3345, ext. 15218 Por correo electrónico: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov
NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP	NUEVA YORK – Medicaid
Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid Teléfono: 1-800-356-1561 Teléfono de asistencia de prima de CHIP: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710 (TTY:711)	Sitio web: https://es.health.ny.gov/health_care/medicaid Teléfono: 1-800-541-2831
CAROLINA DEL NORTE – Medicaid	DAKOTA DEL NORTE – Medicaid
Sitio web: www.medicaid.ncdhhs.gov Teléfono: 919-855-4100	Sitio web: www.hhs.nd.gov/healthcare Teléfono: 1-844-854-4825
OKLAHOMA – Medicaid y CHIP	OREGON – Medicaid y CHIP
Sitio web: www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742	Sitio web: https://cuidadodesalud.oregon.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-800-699-9075
PENNSYLVANIA – Medicaid y CHIP	RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medic-aid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html Teléfono: 1-800-692-7462 Sitio web de CHIP: https://www.pa.gov/en/agencies/dhs/resources/chip.html Teléfono de CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)	Sitio web: www.eohhs.ri.gov Teléfono: 1-855-697-4347 o 401-462-0311 (Direct Rlta Share Line)

CAROLINA DEL SUR – Medicaid	DAKOTA DEL SUR - Medicaid
Sitio web: www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820	Sitio web: www.dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059
TEXAS – Medicaid	UTAH – Medicaid y CHIP
Sitio web: www.hhs.texas.gov/es/servicios/asistencia-financiera/programa-de-pago-de-las-primas-del-seguro-medico Teléfono: 1-800-440-0493	Utah's Premium Partnership for Health Insurance (UPP) Sitio web: https://medicaid.utah.gov/upp/ Por correo electrónico: upp@utah.gov Teléfono: 1-888-222-2542 Sitio web de expansión para adultos: https://medicaid.utah.gov/expansion/ Sitio web de Programa de compra de Medicaid de Utah: https://medicaid.utah.gov/buyout-program/ Sitio web de CHIP: https://chip.utah.gov/espanol/
VERMONT– Medicaid	VIRGINIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: https://dvha.vermont.gov/members/Medicaid/hipp-program Teléfono: 1-800-250-8427	Sitio web: https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs Teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924
WASHINGTON – Medicaid	WEST VIRGINIA – Medicaid and CHIP
Sitio web: www.hca.wa.gov Teléfono: 1-800-562-3022	Sitio web: www.dhhr.wv.gov/bms/ o www.mywvhipp.com Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 Teléfono gratuito: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)
WISCONSIN – Medicaid y CHIP	WYOMING – Medicaid
Sitio web: www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002	Sitio web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility Teléfono: 1-800-251-1269

Para saber si otros estados han agregado el programa de asistencia con primas desde el 31 de enero de 2026, 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-espanol

1-866-444-EBSA (1-866-444-3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.

Centros para Servicios de Medicare y Medicaid

www.cms.hhs.gov

1-877-267-2323, opción de menú 4, Ext. 61565

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites

Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Ley Pública 104-13) (PRA, por sus siglas en inglés), no es obligatorio que ninguna persona responda a una recopilación de información, a menos que dicha recopilación tenga un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El Departamento advierte que una agencia federal no puede llevar a cabo ni patrocinar una recopilación de información, a menos que la OMB la apruebe en virtud de la ley PRA y esta tenga un número de control actualmente válido de la oficina mencionada. El público no tiene la obligación de responder a una recopilación de información, a menos que esta tenga un número de control actualmente válido de la OMB. Consulte la Sección 3507 del Título 44 del Código de Estados Unidos (USC). Además, sin perjuicio de ninguna otra disposición legal, ninguna persona quedará sujeta a sanciones por no cumplir con una recopilación de información, si dicha recopilación no tiene un número de control actualmente válido de la OMB. Consulte la Sección 3512 del Título 44 del Código de Estados Unidos (USC).

Se estima que el tiempo necesario para realizar esta recopilación de información es, en promedio, de aproximadamente siete minutos por persona. Se anima a los interesados a que envíen sus comentarios con respecto al tiempo estimado o a cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, como sugerencias para reducir este tiempo, a la dependencia correspondiente del Ministerio de Trabajo de EE. UU., a la siguiente dirección: U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, Office of Policy and Research, Attention: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210. También pueden enviar un correo electrónico a ebsa.opr@dol.gov y hacer referencia al número de control de la OMB 1210-0137.

Número de Control de OMB 1210-0137 (vence al 31 de enero de 2026)

Modelo de Aviso General de Derechos de Continuación de Cobertura de COBRA

Derechos de la Cobertura de Continuación Conforme a la Ley COBRA

Introducción

Le enviamos este aviso porque recientemente obtuvo la cobertura de un plan de salud grupal (el Plan). Este aviso contiene información importante acerca de su derecho a recibir la cobertura de continuación de COBRA, que es una extensión temporal de la cobertura del Plan. Este aviso explica la cobertura de continuación de COBRA, el momento en el que usted y su familia pueden recibirla, y lo que usted puede hacer para proteger su derecho a obtenerla. Al ser elegible para la cobertura de COBRA, también puede ser elegible para otras opciones que pueden costar le menos que la cobertura de continuación de COBRA.

El derecho a recibir la cobertura de continuación de COBRA se originó gracias a una ley federal, la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, por sus siglas en inglés) de 1985. Usted y otros familiares suyos pueden disponer de la cobertura de continuación de COBRA cuando se termine la cobertura de salud grupal. Para obtener más información acerca de sus derechos y obligaciones conforme al Plan y a la ley federal, debe revisar el Resumen de la Descripción del Plan o comunicarse con el administrador del Plan.

Al perder la cobertura de salud grupal, puede haber otras opciones disponibles. Por ejemplo, puede ser elegible para comprar un plan individual a través del Mercado de Seguros de Salud. Al inscribirse en la cobertura a través del Mercado de Seguros de Salud, puede cumplir con los requisitos para tener menores costos en las primas mensuales y gastos propios más bajos. Asimismo, puede tener derecho a un período de inscripción especial de 30 días en otro plan de salud grupal para el cual sea elegible (como un plan del cónyuge), aunque ese plan generalmente no acepte afiliados de último momento.

¿Qué es la cobertura de continuación de COBRA?

La cobertura de continuación de COBRA es la continuación de la cobertura del Plan cuando esta debería terminar debido a un evento determinado de la vida. Este acontecimiento también se conoce como "evento específico". Los eventos específicos se incluyen más abajo en este aviso. Después de un evento específico, la cobertura de continuación de COBRA debe ofrecerse a cada persona considerada un "beneficiario que cumple con los requisitos". Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios que cumplan con los requisitos si la cobertura del Plan se pierde debido al evento específico. Según el Plan, los beneficiarios que cumplan con los requisitos y que elijan la cobertura de continuación de COBRA pueden estar obligados a pagar la cobertura de continuación de COBRA.

Si usted es un empleado, se convertirá en un beneficiario que cumple con los requisitos si pierde la cobertura del Plan debido a estos eventos específicos:

- Sus horas de empleo se reducen; o
- Su empleo termina por un motivo que no sea una falta grave de su parte.

Si usted es el cónyuge del empleado, se convertirá en un beneficiario que cumple con los requisitos si pierde la cobertura del Plan debido a estos eventos específicos:

- Su cónyuge muere;
- Las horas de empleo de su cónyuge se reducen;

- El empleo de su cónyuge termina por motivo que no sea una falta grave por parte de su cónyuge;
- Su cónyuge adquiere el derecho a recibir los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas); o
- Se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge.

Sus hijos dependientes se convertirán en beneficiarios que cumplen con los requisitos si pierden la cobertura del Plan debido a estos eventos específicos:

- El empleado cubierto muere;
- Las horas de empleo del empleado cubierto se reducen;
- El empleo del empleado cubierto termina por un motivo que no sea una falta grave por parte del empleado cubierto;
- El empleado cubierto adquiere el derecho a recibir los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas);
- Los padres se divorcian o se separan legalmente; o
- El hijo deja de ser elegible para la cobertura del Plan como "hijo dependiente."

¿Cuándo está disponible la cobertura de continuación de COBRA?

El Plan ofrecerá la cobertura de continuación de COBRA a los beneficiarios que cumplan con los requisitos solamente después de que se le informe al administrador del Plan que ha ocurrido un evento específico.

El empleador debe notificar los siguientes eventos habilitantes al administrador del Plan:

- La terminación del empleo o la reducción de las horas de empleo;
- La muerte del empleado;
- El hecho de que el empleado adquiriera el derecho a recibir los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas).

Para todos los otros eventos específicos (divorcio o separación legal del empleado y el cónyuge, o hijo dependiente que pierde la elegibilidad para la cobertura como hijo dependiente), debe avisarle al administrador del Plan en los 60 días después de que ocurra el evento específico. Debe proporcionarle este aviso a:

Imperial Valley Healthcare District
Human Resources

¿Cómo se proporciona la cobertura de continuación de COBRA?

Después de que el administrador del Plan recibe el aviso de que se ha producido un evento específico, la cobertura de continuación de COBRA se ofrecerá a cada uno de los beneficiarios que cumplan con los requisitos. Cada beneficiario que cumpla con los requisitos tendrá su propio derecho a elegir la cobertura de continuación de COBRA. Los empleados cubiertos pueden elegir la cobertura de continuación de COBRA en nombre de su cónyuge y los padres pueden elegir la cobertura de continuación de COBRA en nombre de sus hijos.

La cobertura de continuación de COBRA es la continuación temporal de la cobertura debido a la terminación del empleo o a la reducción de las horas de trabajo, y en general dura 18 meses. Determinados eventos específicos, o un segundo evento específico durante el período inicial de cobertura, pueden permitir que el beneficiario reciba un máximo de 36 meses de cobertura.

También hay otros motivos por los cuales este período de 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA puede prolongarse:

Extensión por discapacidad del período de 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA

Si el Seguro Social determina que usted o alguien de su familia que esté cubierto por el Plan tiene una discapacidad y usted le avisa al respecto al administrador del Plan en el plazo correspondiente, usted y toda su familia pueden recibir una extensión adicional de hasta 11 meses de cobertura de continuación de COBRA, por un máximo de 29 meses. La discapacidad debe haber comenzado en algún momento antes de los 60 días de la cobertura de continuación de COBRA y debe durar al menos hasta el final del período de 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA. Debe proporcionarle este aviso a:

Imperial Valley Healthcare District
Human Resources

Extensión por un segundo evento específico del período de 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA

Si su familia sufre otro evento específico durante los 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA, su cónyuge y sus hijos dependientes pueden recibir hasta 18 meses adicionales de cobertura de continuación de COBRA, por un máximo de 36 meses, si se le avisa al Plan como corresponde acerca del segundo evento específico. Esta extensión puede estar disponible para el cónyuge y cualquier hijo dependiente que reciba la cobertura de continuación de COBRA en el caso de que el empleado o ex-empleado muera, adquiera el derecho a recibir los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas), se divorcie o se separe legalmente, o si el hijo dependiente deja de ser elegible en el Plan como hijo dependiente. Esta extensión solo está disponible en el caso de que el segundo evento específico hubiese hecho que el cónyuge o el hijo dependiente pierda la cobertura del Plan si no se hubiese producido el primer evento específico.

¿Hay otras opciones de cobertura además de la cobertura de continuación de COBRA?

Sí. En lugar de inscribirse en la cobertura de continuación de COBRA, puede haber otras opciones de cobertura para usted y su familia a través del Mercado de Seguros de Salud, Medicare, Medicaid, el Programa de Seguro de Salud para Menores (CHIP, por sus siglas en inglés) u otras opciones de un plan de salud grupal (por ejemplo, el plan de su cónyuge) mediante lo que se denomina un "período de inscripción especial". Es posible que algunas de estas opciones cuesten menos que la cobertura de continuación de COBRA. Puede encontrar más información sobre muchas de estas opciones en www.cuidadodesalud.gov.

¿Puedo inscribirme en Medicare en lugar de la continuación de la cobertura COBRA, después de que acabe la cobertura de mi plan de salud grupal?

En general, si no se inscribe en Medicare Parte A o B cuando es elegible por primera vez porque todavía es empleado, después del período de inscripción inicial de Medicare, tiene un período de inscripción especial de 8 meses* para inscribirse en Medicare Parte A o B, comenzando a principios de

- El mes posterior a la finalización de su empleo; o
- El mes posterior a la finalización de la cobertura del plan de salud grupal basado en el empleo.

*Para obtener más información sobre el período de inscripción especial de 8 meses, visite:

<https://es.medicare.gov/basics/get-started-with-medicare/sign-up/when-does-medicare-coverage-start>

Si elige la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) y desea inscribirse en Medicare Parte B después de que finalice su cobertura de continuación, es posible que tenga que pagar una penalidad por inscripción tardía. Si se inscribe inicialmente en Medicare Parte A o B después de elegir la cobertura de continuación COBRA, el plan puede terminar su cobertura de continuación. Sin embargo, si Medicare Parte A o B entra en vigencia en la fecha de la elección de COBRA o antes de esta fecha, la cobertura de COBRA no se puede descontinuar debido al derecho a Medicare, incluso si la persona se inscribe en la otra parte de Medicare después de la fecha de la elección de la cobertura de COBRA.

Si está inscrito tanto en la continuación de cobertura COBRA como en Medicare, Medicare generalmente pagará primero (pagador primario) y la continuación de cobertura COBRA pagarán en segundo lugar. Ciertos planes pueden pagar como si fueran secundarios a Medicare, incluso si no está inscrito en Medicare.

Para obtener más información, visite <https://es.medicare.gov/medicare-and-you>.

Si tiene preguntas

Las preguntas acerca de su Plan o de sus derechos a recibir la cobertura de continuación de COBRA deben enviarse al contacto o los contactos identificados abajo. Para obtener más información sobre sus derechos según la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA, por sus siglas en inglés), incluida la ley COBRA, la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud Asequible, y otras leyes que afectan a los planes de salud grupales, comuníquese con la oficina regional o de distrito más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (EBSA, por sus siglas en inglés) del Departamento de Trabajo de Estados Unidos en su área, o visite www.dol.gov/ebsa. (Las direcciones y los números de teléfono de las oficinas regionales y de distrito de EBSA están disponibles en el sitio web de EBSA). Para obtener más información acerca del mercado de seguros médicos, visite www.cuidadodesalud.gov.

Informe a su plan si cambia de dirección

Para proteger los derechos de su familia, informe al administrador del Plan sobre cualquier cambio en las direcciones de sus familiares. También debe conservar una copia, para su registro, de todos los avisos que le envíe al administrador del Plan.

Información de contacto del Plan

Para obtener más información sobre el Plan y la continuación de la cobertura COBRA a pedido, comuníquese con la siguiente persona:

Imperial Valley Healthcare District Health Plan
Imperial Valley Healthcare District
Human Resources

Sus Derechos y Protecciones Contra Facturas Médicas Sorpresa

Cuando recibe atención de emergencia o tratamiento de un proveedor fuera de la red en un hospital o centro de cirugía ambulatoria dentro de la red, usted está protegido contra facturas inesperadas o la facturación del saldo. En estos casos, no se le debería cobrar más que los copagos, el coseguro o el deducible de su plan.

¿Qué es “facturación del saldo” (algunas veces llamado “facturas inesperadas”)?

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

“Fuera de la red” significa los proveedores y centros que no firmaron un contrato con su plan médico para prestar los servicios. Los proveedores fuera de la red pueden facturarle la diferencia entre lo que su plan aceptó pagar y la cantidad completa cobrada por un servicio. Esto se llama “facturación del saldo”. Esta cantidad probablemente será más que los costos dentro de la red por el mismo servicio y posiblemente no cuente para el deducible o el límite anual de gastos de bolsillo de su plan.

“Factura inesperada” es una factura de saldos no esperada. Esto puede suceder cuando no puede controlar quién está participando en su atención, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una visita en un centro dentro de la red, pero inesperadamente lo trata un proveedor fuera de la red. Las facturas médicas inesperadas podrían costarle miles de dólares dependiendo del procedimiento o del servicio.

Usted está protegido contra la facturación del saldo por:

Servicios de emergencia

Si tiene una condición médica de emergencia y recibe servicios de emergencia de un proveedor o un centro fuera de la red, lo más que el centro o el proveedor puede facturarle es la cantidad de gastos compartidos dentro de la red de su plan (como copagos, coseguro o deducibles). No puede recibir facturas de saldos por estos servicios de emergencia. Esto incluye servicios que puede recibir cuando esté en una condición estable, a menos que dé un consentimiento por escrito y que renuncie a sus protecciones de no recibir facturación de saldos por estos servicios después de la estabilización.

A partir de agosto de 2022, los siguientes 18 estados decretaron protecciones integrales contra la facturación del saldo: California, Colorado, Connecticut, Florida, Georgia, Illinois, Maine, Maryland, Michigan, Nuevo Hampshire, Nueva Jersey, Nuevo México, Nueva York, Ohio, Oregón, Texas, Virginia, Washington.

A partir de agosto de 2022, los siguientes 15 estados decretaron protecciones limitadas contra la facturación de saldos: Arizona, Delaware, Indiana, Iowa, Massachusetts, Minnesota, Misisipi, Misuri, Nebraska, Nevada, Carolina del Norte, Pensilvania, Rhode Island, Vermont, West Virginia.

Generalmente, esas protecciones aprobadas por el estado se aplican a los planes médicos totalmente asegurados, regulados por el estado específico y no a los planes médicos autofinanciados. Revise el sitio web del comisionado estatal de seguros para obtener más información sobre las leyes específicas del estado.

Si no se menciona su estado en la lista, revise el sitio web del comisionado estatal, ya que algunos estados pueden adoptar un mandato de facturas inesperadas en cualquier momento.

Ciertos servicios en un hospital o centro de cirugía ambulatoria dentro de la red

Cuando recibe servicios de un hospital o centro de cirugía ambulatoria dentro de la red, ciertos proveedores podrían estar fuera de la red. En estos casos, el máximo que esos proveedores pueden facturarle es la cantidad de gastos compartidos de su plan dentro de la red. Esto se aplica a servicios de medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorios, neonatología, asistente del cirujano, del médico hospitalista o de intensivista. Estos proveedores no pueden facturar saldos y no pueden pedirle que renuncie a sus protecciones para no recibir facturación de saldos.

Si recibe otros tipos de servicios en estos centros dentro de la red, los proveedores fuera de la red no pueden facturarle los saldos, a menos que usted les dé un consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones.

Nunca se le exigirá que renuncie a sus protecciones contra la facturación del saldo. Tampoco está obligado a recibir atención fuera de la red. Puede elegir a un proveedor o centro de la red de su plan.

Cuando no está permitida la facturación del saldo, usted también tiene las siguientes protecciones:

- Solo es responsable de pagar su parte de los costos (como los copagos, el coseguro y el deducible que pagaría si el proveedor o el centro estuviera dentro de la red). Su plan médico pagará directamente cualquier otro costo a los proveedores y centros fuera de la red.
- Generalmente, su plan médico debe:
 - Cubrir servicios de emergencia sin exigirle que obtenga aprobación con antelación para los servicios (conocida también como “autorización previa”).
 - Cubrir servicios de emergencia con proveedores fuera de la red.
 - Basar lo que usted debe al proveedor o centro (gastos compartidos) en lo que pagaría a un proveedor o centro dentro de la red y mostrar esa cantidad en su explicación de los beneficios.
 - Contar cualquier cantidad que pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red contra su deducible dentro de la red y el límite de gastos de bolsillo.

Si cree que hay un error en su facturación, puede comunicarse con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos al 1-877-696-6775 o con el comisionado de Seguros de su estado.

El contenido de este documento no tiene fuerza y efecto legal y no pretende vincular al público de ninguna manera, a menos que se incorpore específicamente en un contrato. Este documento se diseñó solo para aclarar al público los requisitos existentes según la ley.

Aviso de informes de ACA

Con el fin de reducir el desperdicio y promover la eficiencia Imperial Valley Healthcare District Health Plan está aprovechando una nueva ley que nos permite poner a su disposición el Formulario 1095-C o Formulario 1095-B del IRS solo si lo solicita. Estamos obligados a presentar este formulario ante el IRS para demostrar si le ofrecemos cobertura médica durante uno o más meses del año calendario 2025. Como recordará, en el pasado este formulario se le envió por correo durante el primer trimestre del año. Sin embargo, conforme a la nueva ley, este año no enviaremos los formularios por correo.

Aunque ya no enviaremos el formulario automáticamente, puedes solicitar una copia en cualquier momento. Si está interesado en obtener una copia de su formulario, puede comunicarse con:

Imperial Valley Healthcare District
Human Resources

Le proporcionaremos el formulario dentro de los treinta (30) días posteriores a su solicitud.