



**DEL 1 DE JULIO DEL 2022 AL
30 DE JUNIO DEL 2023
GUÍA DE BENEFICIOS PARA
EMPLEADOS**

ÍNDICE

Descripción General de los Beneficios	3
Información de Nómina y Tiempo Libre	4
Opciones de la Red Médica	5
Opciones de Planes Médicos y Atención	6
Opciones de Planes Dentales	17
Opciones de Planes Oftalmológicos	18
Contribuciones de Primas	19
Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA)	20
Cuenta de Gastos Flexibles (FSA)	21
Comparación de las Cuentas HSA y FSA	22
Seguro de Vida y por AD&D	23
Seguro de Vida y por AD&D Opcional	24
Seguro de Discapacidad	25
Seguro Opcional contra Accidentes y Enfermedades Graves	26
Accidente en Viaje de Negocios	27
Plan de Jubilación 403(b)	28
Cuidado de Respaldo y Atención Familiar	30
Programa de Asistencia al Empleado	31
Exención de Matrícula	32
Beneficios Adicionales	33
Información de Contacto	34
Avisos Legales Anuales	36

Descripción General de Beneficios



La Universidad de Denver se enorgullece de ofrecer un paquete integral de beneficios a los empleados que tengan un puesto que sea al menos de medio tiempo (20 horas por semana). En muchos de los planes, también se ofrece cobertura para sus dependientes elegibles.

El paquete de beneficios integral se resume brevemente en este folleto. Para ver los documentos del plan, en los que se brinda información más detallada sobre cada uno de estos programas, visite www.du.edu/human-resources/benefits.

ELEGIBILIDAD

Usted y sus dependientes son elegibles para los planes de beneficios de la Universidad de Denver el primer día del mes siguiente a su fecha de contratación en un puesto designado. Si su fecha de contratación coincide con el primer día del mes, sus beneficios pueden comenzar en la fecha de contratación o el primer día del mes siguiente.

Los dependientes elegibles pueden ser los siguientes:

- Su cónyuge legal, incluidas las uniones civiles y por el common law, y las parejas de hecho (del mismo sexo y del sexo opuesto).
- Su hijo menor de 26 años. Los hijos incluyen a su hijo natural o legalmente adoptado, un hijastro, el hijo de su pareja de hecho o por unión civil, o un menor de 26 años de edad que ha sido asignado a su tutela legal.
- Su hijo, que cumple con la definición anterior de hijo, de 26 años o más, y que es mental o físicamente incapaz de ganarse la vida y cuyo principal sustento es usted.

Las elecciones realizadas ahora permanecerán vigentes hasta la próxima inscripción abierta, a menos que usted o los miembros de su familia experimenten un Evento de Vida Calificado. Si experimenta un Evento de Vida Calificado, debe comunicarse con Servicios Compartidos dentro de los **30 días** posteriores.

EVENTOS DE VIDA CALIFICADOS

Cada año, tiene la oportunidad de hacer cambios en sus beneficios durante la inscripción abierta. Puede hacer un cambio en su cobertura durante el año del plan si tiene un cambio calificado en su familia o condición de empleo. Puede cambiar su elección de cobertura cuando ocurra uno de los eventos calificados que se mencionan a continuación, siempre y cuando solicite el cambio en la cobertura dentro de los **30 días** del evento calificado:

- Matrimonio, divorcio o separación legal
- Nacimiento o adopción de un niño
- Muerte de su cónyuge, pareja o dependiente cubierto
- El dependiente cubierto ya no califica como dependiente elegible
- Un cambio significativo en el costo o la cobertura de los beneficios de su dependiente
- Órdenes Médicas Calificadas de Manutención de Menores

Para obtener una lista completa de los eventos de vida calificados, visite www.du.edu/human-resources/benefits. Debe realizar los cambios en sus beneficios dentro de los **30 días** del evento, y estos deben ser coherentes con su cambio de estado.

Información de Nómina y Licencia

Empleados Exentos (exentos de horas extra)

- Nómina mensual: Todas las primas se toman de cada salario el primer día de cada mes para la cobertura de ese mes.

Empleados No Exentos (elegibles para horas extra)

- Nómina quincenal: Las primas del seguro médico se deducen del primer y segundo salario de cada mes para pagar la cobertura de ese mes. Todas las otras deducciones de beneficios se realizan a partir del primer pago del mes.

Licencias no remuneradas y otros períodos de tiempo libre no remunerados

Las primas para la cobertura voluntaria, por lo general, se toman de su pago de nómina como se describió anteriormente. Si está con una licencia no remunerada que provoca que no se tomen las primas de su pago de nómina y desea continuar con la cobertura, usted será responsable de enviar el pago de esas primas a través de un cheque personal a Servicios Compartidos. Para obtener más información, comuníquese con Servicios Compartidos al 303-871-7420 o a benefits@du.edu.

Las primas para el cuerpo docente y otros empleados cuyos horarios de trabajo se realizan en un año académico, o en otro año de contrato, se toman de la nómina como se describió anteriormente durante esos meses en los que usted reciba un pago de nómina. Para los meses de verano en los que no recibe un pago de nómina, las primas mensuales se tomarán del primer pago recibido en otoño.

Días festivos, vacaciones, enfermedad y licencia

Días festivos

La Universidad proporciona varios días festivos remunerados: Día de Año Nuevo, Día de Martin Luther King Jr., Día de los Caídos, Día de la Emancipación (19 de junio), Día de la Independencia, Día del Trabajo, Día de Acción de Gracias, días festivos de Acción de Gracias, receso de Invierno (los últimos 5 días de la semana del año calendario).

Vacaciones remuneradas y licencia por enfermedad

Los empleados designados que no pertenezcan al cuerpo docente reciben tiempo libre remunerado acumulado. Comuníquese con Servicios Compartidos al 303-871-7420 o a benefits@du.edu para obtener más detalles. Empleados sindicalizados: consulten el contrato del sindicato.

Licencia remunerada por maternidad o paternidad

La Universidad ofrece un semestre académico de licencia remunerada para padres y madres que son miembros del cuerpo docente y 10 semanas de licencia remunerada para padres y madres que son parte del personal. La licencia por maternidad o paternidad del personal se paga como un porcentaje de su salario según sus años de servicio. Esto permite que un padre o madre se tome tiempo libre para el nacimiento, la adopción o la colocación de un niño bajo tutela. Comuníquese con Servicios Compartidos al 303-871-7420 o visite www.du.edu/human-resources/hrpartners/leaves.html para obtener más detalles. Siempre que sea posible, el cuerpo docente y el personal que tengan la intención de solicitar una licencia deben informar a su decano, presidente, supervisor o jefe del departamento a más tardar tres meses antes del comienzo propuesto de la licencia. Si esto no es posible debido al parto prematuro, la disponibilidad repentina de un acuerdo de adopción u otros cambios impredecibles en el estado familiar, de todas formas se otorgará la licencia.

Otras Formas de Licencia

Las políticas de la Universidad proporcionan otros tipos de licencia, como por duelo, deber de jurado, año sabático, cuestiones militares, etc. Comuníquese con Servicios Compartidos al 303-871-7420 o a benefits@du.edu para obtener información adicional.

A stethoscope is shown in the top left corner, partially overlapping a large brown circle. To its right, there is a smaller brown circle containing a white heart icon with a white plus sign inside it. Several other smaller brown circles of varying sizes are scattered around these elements.

Opciones de la Red de Atención Médica

Red de Proveedores LocalPlus

Si vive en el área de servicio de LocalPlus, tendrá acceso a la red de proveedores LocalPlus de Cigna. La red LocalPlus está diseñada para mejorar **la calidad de la atención** que recibe de todos sus proveedores médicos. LocalPlus está diseñada para ofrecer una atención económica y de calidad a las familias ocupadas y en movimiento de hoy.

El acceso a más proveedores facilita la elección y el uso de atención de calidad. La red de proveedores LocalPlus tiene aproximadamente 5,000 médicos de atención primaria y más de 14,000 especialistas solo en el área metropolitana de Denver.

Durante viajes o para los dependientes que viven lejos de casa y fuera del área de la red LocalPlus, tendrá acceso completo a los proveedores disponibles a través de la red de atención Lejos de Casa. Esta función proporciona cobertura al mismo costo que pagaría en casa por estar dentro de la red. **No hay beneficios fuera de la red LocalPlus, excepto atención urgente y de emergencia.**

Para averiguar si su médico es un proveedor participante de la red LocalPlus, visite el sitio web de Cigna, www.cigna.com.

- La red LocalPlus está disponible en los siguientes condados* de CO: Adams, Arapahoe, Boulder, Broomfield, Denver, Douglas, El Paso, Eagle, Jefferson, La Plata, Larimer, Mesa, Montezuma, Routt, Summit, Weld
- La red LocalPlus incluye los siguientes grupos principales de proveedores*: Boulder Medical Center, Boulder Valley Care Network, Colorado Care Partners, Colorado Health Neighborhoods**, New West Physicians, Optum Medical Group, PHP Prime, Primary Care Partners, UCHealth Integrated Network
- La red LocalPlus incluye los siguientes hospitales principales* y sistemas hospitalarios:
 - Front Range: Boulder Community Health, Centura Health***, Children's Hospital Colorado, Craig Hospital, Denver Health Medical Center, HealthONE, National Jewish Health, SCL Health System, UCHealth
 - Mountain (condados de Eagle, Routt y Summit): Centura Health St. Anthony Summit Medical Center, Vail Valley Medical Center
 - Oeste (condados de La Plata, Mesa y Montezuma): Animas Surgical Hospital, Centura Health Mercy Regional Medical Center, Southwest Memorial Hospital, St. Mary's Medical Center

Se trata de una lista incompleta. Para obtener un listado completo, comuníquese con su representante de Cigna o visite Cigna.com.

* Se trata de una lista incompleta. Para obtener un listado completo, comuníquese con su representante de Cigna o visite Cigna.com.

** Las consultas de Colorado Health Neighborhood solo se encuentran en los condados de Denver Metro y Boulder.

*** No se incluyen Penrose Hospital ni St. Francis Medical Center.

Red de Proveedores Open Access Plus (OAP)

Si no vive ni trabaja dentro del área de servicio de LocalPlus, tiene acceso a la red de proveedores Cigna Open Access Plus. La red OAP tiene médicos participantes en todo el país. Para averiguar si su médico es un proveedor participante de la red, visite el sitio web de Cigna, www.cigna.com.



Opciones de Planes Médicos

Asegurado por Cigna

La cobertura médica integral y preventiva es importante para protegerlo a usted y a su familia de los riesgos financieros de enfermedades y lesiones inesperadas. Los exámenes de rutina y la atención preventiva regular proporcionan una revisión económica de su salud. Los problemas pequeños pueden convertirse en grandes gastos, pero identificarlos de manera temprana, a menudo, puede significar una atención a un costo mínimo para el paciente. La atención médica integral también proporciona tranquilidad. En caso de una enfermedad o lesión, usted y su familia están cubiertos con excelentes beneficios médicos a través de las ofertas del programa Cigna de la Universidad de Denver. Tendrá acceso a los beneficios dentro de la red de proveedores y centros de atención médica. La Universidad de Denver ofrece una selección de dos planes a través de Cigna: un Plan de Copago y un Plan de Salud con Deducible Alto (del inglés HDHP, High Deductible Health Plan).

¿Cuál es el Mejor Plan para Usted?

Plan de Copago:

- Copagos fijos para servicios menos costosos y más utilizados, y un coseguro para servicios más altos y menos utilizados.
- Los copagos y coseguros se aplican al cálculo del gasto máximo anual de bolsillo.
- El plan divide los servicios de costos más altos con usted (el 80 % pagado por el plan y el 20 % pagado por usted) hasta el gasto máximo de bolsillo.
- Si alcanza el gasto máximo de bolsillo, todos los servicios se pagan al 100 % durante el resto del año.

Plan de Salud con Deducible Alto (HDHP):

- Plan calificado para una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA) con incentivos fiscales. Con una HSA, puede dejar los fondos antes del cobro de impuestos en una cuenta para que se utilicen para gastos médicos calificados. Para obtener más información sobre cómo funciona su HSA, consulte la sección HSA de este folleto que comienza en la página 20.
- Usted paga el costo total negociado con Cigna para servicios médicos y medicamentos recetados hasta que alcance su deducible anual (con la excepción de la atención preventiva que está cubierta al 100 %).
- No hay copagos, a excepción de los medicamentos recetados (una vez que se haya alcanzado el deducible).
- Después de alcanzar el deducible, usted y el plan comparten los costos (el 80 % pagado por el plan y el 20 % pagado por usted) hasta alcanzar el gasto máximo anual de bolsillo.
- Si alcanza el gasto máximo de bolsillo, todos los servicios se pagan al 100 % durante el resto del año.

Ambos Planes:

- Usan la misma red, médicos y hospitales de Cigna.
- Cubren el 100 % del costo por servicios de atención preventiva, como exámenes físicos anuales e inmunizaciones de rutina.

Plan de Copago en comparación con el Plan de Salud de Deducible Alto

Tanto el Plan de Copago como el Plan de Salud con Deducible Alto (HDHP) utilizan la red LocalPlus y Open Access Plus (OAP) de Cigna, lo que significa que los médicos y hospitales que están dentro de la red del Plan de Copago también estarán dentro de la red con la opción del Plan HDHP. Ambas opciones cubren el 100 % del costo por servicios de atención preventiva, como exámenes físicos anuales e inmunizaciones de rutina. La manera en que debe planificar la atención es diferente con cada plan.

A continuación, se muestra un gráfico en el que se destacan las diferencias clave de los planes:

	Plan de Copago	Plan HDHP
Costo de Cobertura por Pago	Más alto	Más bajo
Deducible por Año Calendario	Más bajo	Más alto
Gasto Máximo de Bolsillo por Año Calendario	Más bajo	Más alto
Cómo Usar el Plan	Pague más con cada sueldo y menos cuando necesite atención	Pague menos con cada sueldo y más cuando necesite atención
Opciones de Cuenta de Ahorros o Gastos	FSA para atención médica	Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA) FSA con fin limitado

** Consulte el ejemplo de la página 9 para obtener más información sobre las diferencias entre un Plan de Copago y un Plan de Salud con Deducible Alto.



Opciones de Planes Médicos

Resumen de Beneficios Cubiertos	Plan de Copago	Plan HDHP
Tipo de Red	Open Access Plus (OAP) y LocalPlus****	Open Access Plus (OAP) y LocalPlus****
Deducible por Año Calendario* (individual/familiar)	\$0/\$0	\$1,500/\$3,000***
Gasto Máximo de Bolsillo por Año Calendario (individual/familiar)*	\$2,000/\$4,500**	\$3,000/\$6,000**
CONSULTA DEL MÉDICO		
Consulta de Atención Virtual	Copago de \$25	20 % después del deducible
Visita al consultorio de atención primaria	Copago de \$25	20 % después del deducible
Visita al consultorio de un especialista	Copago de \$40	20 % después del deducible
Atención preventiva	Cobertura del 100 %	Cobertura del 100 %
PRUEBAS O IMAGENOLOGÍA DE DIAGNÓSTICO		
Pruebas de laboratorio y radiografías de diagnóstico	Según el lugar de servicio	20 % después del deducible
Imagenología Avanzada (MRI, CT, tomografías)	Copago de \$100	20 % después del deducible
SERVICIOS HOSPITALARIOS		
Sala de Urgencias	20 % del coseguro	20 % después del deducible
Atención urgente	Copago de \$50	20 % después del deducible
Pacientes internados	20 % del coseguro	20 % después del deducible
Cirugía para pacientes ambulatorios	20 % del coseguro	20 % después del deducible
Atención quiropráctica (80 días por año calendario combinado con terapia cognitiva, ocupacional, física, pulmonar y del habla)	Copago de \$25	20 % después del deducible
MEDICAMENTOS CON RECETA MÉDICA		
De venta en el comercio: suministro para 30 días Nivel 1 Nivel 2 Nivel 3 Especialidad	Copago de \$15 Copago de \$30 Copago de \$60 20 % de coseguro hasta un máximo de \$75	Deducible del plan, luego Copago de \$15 Copago de \$30 Copago de \$60 20 % hasta \$75
Pedido por correo: suministro de 90 días Nivel 1 Nivel 2 Nivel 3	Copago de \$30 Copago de \$60 Copago de \$120	Deducible del plan, luego Copago de \$30 Copago de \$60 Copago de \$120

*Los deducibles y gastos máximos de bolsillo se restablecen cada año calendario.

**Importante: Si tiene otros miembros de la familia en el plan, cada miembro de la familia debe alcanzar su propio deducible individual o gasto máximo de bolsillo hasta que el monto total de los gastos pagados por todos los miembros de la familia alcance el monto general familiar.

***Importante: Todos los miembros de la familia contribuyen al deducible familiar. No se cubrirán las reclamaciones de una persona en virtud del coseguro del plan hasta que se haya alcanzado el deducible familiar total.

****Importante: La red LocalPlus no cubre servicios fuera de la red, excepto la atención urgente o de emergencia. El costo del pago de bolsillo será más bajo cuando utilice proveedores de la red OAP.

Ejemplos de Plan de Copago y Plan de Salud de Deducible Alto

	Plan de Copago	Plan HDHP
Ejemplo de Cobertura solo para Empleados		
Reclamación 1: El miembro asiste a su examen físico anual preventivo, que incluye análisis de laboratorio de rutina (análisis de sangre para controlar los niveles de colesterol y examen de rutina), con un proveedor dentro de la red. Costo total = \$150		
Miembro Paga	\$0, cubierto al 100 %	\$0, cubierto al 100 %
Saldo Restante del Miembro Deducible Gasto Máximo de Bolsillo	\$0 \$2,000	\$1,500 \$3,000
Reclamación 2: El miembro va a una farmacia dentro de la red y compra el suministro correspondiente a su receta de 30 días de un medicamento de nivel 2. Costo total = \$200		
Miembro Paga	Copago de \$30	Deducible de \$200
Saldo Restante del Miembro Deducible Gasto Máximo de Bolsillo	\$0 \$1,970	\$1,300 \$2,800
Reclamación 3: El miembro es hospitalizado en un centro de la red durante 2 días. Costo total = \$6,000		
Miembro Paga	Deducible de \$0 Coseguro de \$1,200	Deducible de \$1,300 Coseguro de \$1,200
Saldo Restante del Miembro Deducible Gasto Máximo de Bolsillo	\$0 \$770	\$0 \$300
Contribución Estimada del Empleado		
Mensualmente Anualmente	\$91.70 \$1,100.40	\$0.00 \$0.00
Ejemplo de Cobertura de Empleado + Familia		
Reclamación 1: El miembro y sus tres dependientes asisten a sus exámenes físicos anuales preventivos, que incluyen los análisis de laboratorio de rutina y las inmunizaciones correspondientes a la edad, con un proveedor dentro de la red. Costo total = \$600		
Familia del Miembro Paga	\$0, cubierto al 100 %	\$0, cubierto al 100 %
Saldo Restante de la Familia del Miembro Deducible Gasto Máximo de Bolsillo	\$0 Ind. / \$0 Fam. \$2,000 Ind. / \$4,500 Fam.	\$3,000 Fam. \$18,000 Fam.
Reclamación 2: El cónyuge o pareja de John va a una farmacia de la red y compra el suministro correspondiente a su receta de 30 días de un medicamento de nivel 2 por 4 meses. Costo total = \$800		
Familia del Miembro Paga	Copago de \$120 (\$30/mes)	Deducible de \$800 (\$200/mes)
Saldo Restante de la Familia del Miembro Deducible Gasto Máximo de Bolsillo	\$0 Ind. / \$0 Fam. \$1,880 Ind. / \$4,380 Fam.	\$2,200 Fam. \$17,200 Fam.
Reclamación 3: El hijo del miembro (dependiente) está en la sala de urgencias de un centro de la red. Costo total = \$3,000		
Familia del Miembro Paga	Deducible de \$0 Coseguro de \$600	Deducible de \$2,200 Coseguro de \$800
Saldo Restante de la Familia del Miembro Deducible Gasto Máximo de Bolsillo	\$0 Ind. / \$0 Fam. \$1,400 Ind. / \$3,780 Fam.	\$0 Fam. \$14,200 Fam.
Contribución Estimada del Empleado		
Mensualmente Anualmente	\$600.72 \$7,208.64	\$288.36 \$3,460.32

Cigna One Guide

Intentar comprender la atención médica puede ser complejo. Con Cigna One Guide, los empleados no tienen que hacerlo solos. One Guide combina la tecnología inteligente con el apoyo humano empático para ayudar a guiar a los empleados en el cuidado de su salud y obtener el máximo valor de su plan médico.

Es personal, proactivo y predictivo.

One Guide aprovecha el potente análisis de datos que su equipo de One Guide utilizará para todo, desde brindar información sobre el estado de salud hasta seguir las preferencias de comunicación. Como resultado, One Guide puede anticipar las necesidades de los empleados y recomendar proactivamente los programas y recursos que son más relevantes para ellos, como incentivos y oportunidades de coaching.

Es eficaz. La solución One Guide genera resultados como los siguientes:



La tecnología potencia la experiencia.

Más fácil de navegar. Más fácil de usar. Más fácil de administrar los beneficios.

Oportunidades Personalizadas

- Acceso inmediato a la información que más valoran los clientes
- Contenido dinámico basado en los planes de cada cliente
- Contenido priorizado que se muestra según el completo análisis de usuario
- Información sobre saldos de cuentas, cobertura y reclamaciones
- Evaluaciones e incentivos médicos

Acceso Rápido para Encontrar y Recibir atención

- **Orientación para encontrar el médico, laboratorio, farmacia o centro de atención de conveniencia adecuado**
- Fácil conexión con instructores de salud, administradores de casos, farmacéuticos y otros recursos

Acceso a Soporte en Vivo con un Solo Clic

- Guías personales accesibles por teléfono, aplicación, web o chat inmediato
- **Atención individual dedicada en situaciones complejas para aquellos que más lo necesitan**
- Educación sobre las características del plan, formas de maximizar los beneficios y ganar incentivos

Comience a utilizar Cigna One Guide a través de la aplicación, el chat o el teléfono.

Descargue la aplicación myCigna o llame al número de teléfono que aparece al reverso de su tarjeta de identificación para hablar con su guía personal.

Puede comunicarse con la línea de preinscripción de Cigna al **888.806.5042**

Health Advocate

La Universidad de Denver quiere garantizar que usted y su familia tengan la información que necesitan para tomar las mejores decisiones de salud y bienestar. Para ayudarlo con esto, la Universidad ofrece acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana. De esta forma, podemos brindarle asistencia cuando lo necesite con todos sus asuntos de atención o facturas médicas, tanto a usted como a su familia, incluidos padres y suegros. Health Advocate le ofrece asistencia de expertos para todas sus necesidades de seguro, incluidas las médicas, dentales, oftalmológicas, de vida y discapacidad. Obtenga las respuestas que necesita, cuando las necesite, **sin costo adicional para usted**. No es necesario que esté inscrito en el plan de salud de la Universidad para acceder a este beneficio. Health Advocate complementa los servicios disponibles de Cigna One Guide y es el recurso principal para las personas que no están inscritas en el plan médico de Cigna.

¿No sabe por dónde empezar? Nosotros le señalamos el camino.

- Encuentre a los profesionales adecuados según sus necesidades
- Busque especialistas, agende citas y organice exámenes o tratamientos especiales
- Responda preguntas sobre diagnósticos, resultados de exámenes, tratamientos, medicamentos y mucho más

¿Desea maximizar sus beneficios? Podemos ayudarlo a ahorrar.

- Obtenga las tarifas estimadas por los servicios en su área
- Encuentre opciones para servicios de salud alternativos y no cubiertos
- Reciba información sobre las opciones de medicamentos genéricos
- Responda preguntas e inquietudes relacionadas con sus facturas médicas
- Obtenga ayuda para negociar descuentos en facturas médicas o dentales de más de \$400 que no estén cubiertas por el seguro

¿Necesita servicios para personas mayores o con necesidades especiales?

- Encuentre atención en el hogar, atención diurna para adultos mayores, hogares grupales, residencias de vida asistida y atención a largo plazo
- Obtenga acceso a una variedad de servicios para padres de niños con necesidades especiales o trastornos del espectro autista
- Aclare sus dudas u obtenga ayuda para solicitar Medicare, planes suplementarios de Medicare y Medicaid
- Coordine la atención entre varios proveedores
- Organice el transporte para asistir a las citas médicas



Servicios para toda la familia

Todos los empleados, cónyuges o parejas, hijos dependientes, padres y suegros son elegibles.

Cómo funciona



El empleado o un miembro de la familia llama a un número gratuito dedicado a los clientes de Cigna.

La persona que llama habla con un defensor de la salud personal dedicado y recibe asistencia en directo. Asistencia personalizada.

El defensor de salud personal continúa brindando atención a la persona hasta que se resuelva el problema.

* Los servicios de activismo de la salud NO equivalen a seguros de salud ni servicios médicos, y este programa no proporciona servicios de atención médica ni el reembolso por pérdidas financieras de servicios de atención médica.

Health Advocate (continuación)

Administre su Salud a través de myCigna

Su cuenta en línea estará disponible una vez que Cigna haya recibido su elegibilidad. myCigna le brinda acceso a las siguientes funciones:

- Buscar proveedores, procedimientos, costos estimados y más dentro de la red.
- Consultar una lista de sus reclamaciones más recientes, su estado y los reembolsos.
- Compruebe que su información de contacto esté actualizada para recibir todas las notificaciones importantes sobre su plan.

Es tan fácil como 1, 2, 3.

1. Visite www.mycigna.com en su computadora o dispositivo móvil.
2. Siga las instrucciones de registro. Necesitará su ID de la DU o número de identificación de Cigna (que se encuentra en la parte delantera de su tarjeta de identificación).
3. Comience a administrar la atención de usted y su familia: encuentra un médico, agende una cita, haga la transición de sus recetas y más.

Cigna MotivateMe

La Universidad de Denver quiere ayudarlo a estar y mantenerse sano. Cuando comienza a participar en los objetivos de bienestar patrocinados por la universidad, puede obtener recompensas* fácilmente, incluido dinero. Y mientras más haga, más ganará.

- Evaluación de salud
- Evaluación biométrica
- Exámenes preventivos anuales
- Desviación de medicamentos por parte de las farmacias
- Programa Digital de Prevención de la Diabetes
- Instructor por teléfono
- Y una variedad de otras actividades saludables

Comenzar es fácil.

Visite myCigna.com y seleccione “Bienestar” o “Ver mis incentivos” para hacer lo siguiente:

- Encontrar instrucciones detalladas sobre cómo comenzar
- Ver una lista de objetivos elegibles y sus respectivas recompensas
- Revisar y hacer un seguimiento de sus objetivos completados y las recompensas obtenidas
- Las recompensas que obtenga se aplicarán automáticamente a una tarjeta de débito o regalo

Descargue hoy la aplicación myCigna®.



El resto depende de usted

Para obtener más información o ayuda en relación con la configuración de su cuenta, visite myCigna.com o llame al 800.244.6224. También puede obtener información descargando la aplicación móvil myCigna en su dispositivo móvil**.

*Los premios de incentivo pueden estar sujetos a impuestos; usted es responsable de cualquier impuesto aplicable. Consulte con su asesor de tai personal para obtener ayuda

**La descarga y el uso de la aplicación móvil myCigna están sujetos a los términos y condiciones de la aplicación y las tiendas en línea desde las que se descargó. Se aplican cargos estándar por el uso de datos y el proveedor de telefonía móvil.

DispatchHealth

Traemos de vuelta las consultas a domicilio. DispatchHealth ofrece atención médica a pedido en la comodidad de su hogar, trabajo o donde se encuentre.

Los equipos médicos móviles llegan equipados con la última tecnología y herramientas para tratar lesiones y enfermedades leves o graves. DispatchHealth está disponible por el mismo costo de una visita de atención de urgencia. DispatchHealth está disponible solo en algunas áreas. Visite su sitio web o la aplicación móvil para ver si el servicio está disponible en su área.



CÓMO FUNCIONA DISPATCHHEALTH:



1. SOLICITE ATENCIÓN

Solo debe usar nuestro sitio web o aplicación móvil o llamarnos directamente.



2. EXPLIQUE SUS SÍNTOMAS

Haremos un seguimiento con una llamada telefónica para entender mejor qué está pasando y brindarle la atención adecuada.



3. RECIBA ATENCIÓN EN SU HOGAR

En promedio, nuestros equipos médicos llegan dentro de una hora.



4. DESCANSE

Pedimos los medicamentos que necesita, actualizamos a su médico y administramos su seguro, para que pueda estar enfocado en mejorarse.

OBTENGA LA



DISPATCHHEALTH PUEDE TRATAR LAS MISMAS DOLENCIAS QUE UN CENTRO DE ATENCIÓN DE URGENCIAS, Y MÁS,



DOLENCIAS COMUNES

Fiebre, tos, resfrío, gripe, infección del tracto urinario



OJOS

Infección, conjuntivitis, orzuelos



PIEL

Erupciones, lesiones, laceraciones



VÍAS RESPIRATORIAS

Asma, bronquitis, alergias



OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA

Infecciones nasales, de garganta y oído, sangrado de nariz



DIGESTIVAS

Náuseas, vómitos, diarrea

ATENCIÓN MÉDICA A PEDIDO LOS 7 DÍAS DE LA SEMANA, LOS 365 DÍAS DEL AÑO | DE 8 A. M. A 10 P. M.

SOLICITE ATENCIÓN EN LÍNEA EN [DISPATCHHEALTH.COM](https://www.dispatchhealth.com) O AL 303-500-1518

Opciones de Atención Virtual

Telesalud

Opción conveniente y de bajo costo.

La atención virtual para afecciones médicas menores cuesta menos que las visitas a la sala de urgencias o de atención de urgencias, y puede ser, incluso, menos costosa que una visita al proveedor de atención primaria en el consultorio.

- Obtenga atención por video o teléfono, las 24 horas, los 7 días de la semana, durante todo el año, incluso en fines de semana y feriados.
- Comuníquese con médicos y pediatras certificados.
- Acceda al envío de la receta directamente a una farmacia local, si corresponde.

Los médicos y pediatras certificados pueden diagnosticar, tratar y recetar la mayoría de los medicamentos para afecciones médicas menores, como las siguientes:

- Acné
- Alergias
- Asma
- Bronquitis
- Resfrío y gripe
- Estreñimiento
- Diarrea
- Dolor de oído
- Fiebre
- Dolores de cabeza
- Infecciones
- Dolor de articulaciones
- Conjuntivitis
- Erupción
- Infecciones respiratorias
- Herpes zóster
- Infecciones nasales
- Infección cutánea
- Dolor de garganta
- Infección del tracto urinario

Cigna se asoció con MDLive para brindar atención médica virtual de afecciones menores. Puede acceder a esto a través de www.myCigna.com.

Salud Conductual Virtual

MDLIVE también está disponible para la atención virtual de la salud mental y conductual.

Los asesores y psiquiatras licenciados pueden diagnosticar, tratar y recetar la mayoría de los medicamentos para afecciones conductuales que no sean de emergencia, como las siguientes:



- Adicciones
- Trastornos bipolares
- Problemas de niños y adolescentes
- Depresión
- Trastornos alimenticios
- Duelo o pérdida
- Problemas de matrimonio y relación
- Problemas de salud mental del hombre
- Trastornos de pánico
- Problemas de crianza
- Depresión posparto
- Estrés
- Traumas o Síndrome de Estrés Postraumático
- Problemas de salud mental de la mujer

Programe una cita en línea con un asesor o psiquiatra en cuestión de minutos ingresando en www.MDLIVEforCigna.com o llamando al (888) 726-3171.

Programas Conductuales de Cigna

Los desafíos del bienestar mental son variados, así como también lo son las maneras en que podemos tratarlos. Ya sea que necesite ayuda para reducir el estrés, se sienta motivado a hacer un cambio en su vida o necesite hablar con alguien, Cigna ofrece una variedad de herramientas y servicios de apoyo conductual para garantizar que obtenga la atención que mejor se adapte a sus necesidades.

- Agende citas en línea con asesores o psiquiatras licenciados a través de nuestros grupos exclusivamente de proveedores virtuales.
- Obtenga acceso a proveedores con una amplia variedad de especialidades, como autismo y consumo de sustancias, así como a proveedores que se especializan en el tratamiento de emergencias.
- Utilice las nuevas opciones de modalidad, como la terapia vía texto privada con los proveedores.
- Reciba tratamiento confidencial de afecciones como el estrés y la ansiedad.



Asesoramiento Virtual



Salud Emocional y Bienestar

- Hasta tres sesiones gratuitas con un médico clínico licenciado en nuestra red de programas de asistencia a los empleados.
- Seminarios, recursos comunitarios y referencias a pedido sobre una variedad de temas.
- Mediante la atención virtual del comportamiento puede hablar con un asesor en su teléfono, tableta o computadora.
- Herramientas y recursos digitales de autoservicio
 - iPrevail: Proporciona instrucción a pedido, aprendizaje personalizado y apoyo al cuidador. Complete una evaluación, reciba un programa adaptado a sus necesidades y conéctese con un instructor.
 - Happify: Programa autodirigido con actividades, juegos basados en la ciencia y meditaciones guiadas. Fue diseñado para ayudar a reducir la ansiedad, el estrés y mejorar la salud general.

- Centros de Excelencia (COE)
- Instrucción y Apoyo
- Opciones de modalidad, como la mensajería de texto privada con los proveedores
- Serie de Concientización sobre el Comportamiento



Salud Mental



Consumo de Sustancias



Instrucción y Apoyo

- Comprender un diagnóstico de comportamiento.
- Abordar los desafíos relacionados con los trastornos del espectro autista, trastornos alimenticios, consumo de sustancias, consumo de opioides y manejo del dolor.
- Conozca las opciones de tratamiento y cómo estas pueden afectar lo que pagará de su bolsillo.
- Identifique y gestione los desencadenantes que influyen en su afección.

- El tabaquismo, la obesidad y el estrés representan amenazas significativas para el bienestar físico y conductual.
- Estas afecciones se pueden manejar a través de hábitos saludables, y ofrecemos servicios que pueden ayudar.



Programas de Gestión del Estilo de Vida

www.meruhealth.com/cigna



- Programa de asesoramiento de 12 semanas disponible en una aplicación
- Atención diaria de médicos clínicos licenciados y personas anónimas para tratar la ansiedad, la depresión y el agotamiento.

- Una plataforma de terapia en línea que facilita y simplifica la comunicación con un terapeuta del comportamiento licenciado, desde cualquier lugar y en cualquier momento.
- Mensajes de texto, video y voz ilimitados con su terapeuta dedicado a través del navegador web o la aplicación móvil Talkspace.

www.talkspace.com/cigna



Opciones de Atención

Independientemente de si se trata de un esguince o dolor, nunca se sabe cuándo podría necesitar tratamiento. Pero cuando llegue ese momento, puede acceder a la atención adecuada si elige entre una serie de opciones que satisfagan sus necesidades financieras y médicas.

En caso de una enfermedad o lesión menor cuando no pueda visitar a su médico, una llamada a una línea de ayuda de enfermería o al representante de telemedicina o una visita a una clínica en un establecimiento minorista puede proporcionar la atención que necesita, ahorrarle tiempo y los altos costos de una atención de urgencias o de una visita a la sala de urgencias.



Atención Virtual

Acceda a un médico por teléfono cuando, donde y como mejor le parezca. Reciba tratamiento fácilmente para afecciones leves como alergias, resfrío o gripe y erupciones.

- Infecciones nasales
- Síntomas de resfrío o gripe
- Alergias
- Diarrea
- Erupciones
- Infecciones del tracto urinario



Atención Primaria:

El lugar indicado para la atención preventiva o de rutina, el seguimiento del uso de medicamentos o para obtener una derivación con el fin de acceder a servicios específicos, por ejemplo, a equipo médico duradero.

- Inmunizaciones o Atención preventiva
- Dolor persistente
- Servicios de laboratorio
- Enfermedades de leves a moderadas
- Problemas con los medicamentos
- Tratamiento no urgente



DispatchHealth

DispatchHealth le brinda una atención médica cómoda en su hogar o la ubicación de su preferencia. Atienden las mismas afecciones que un centro de atención de urgencias, ¡y más! El horario de atención es de 8 a. m. a 10 p. m.*. Visite www.dispatchhealth.com o descargue la aplicación para teléfono celular.

- Síntomas de resfrío o gripe
- Oídos, nariz y garganta
- Asma y problemas respiratorios
- Suturas y fracturas menores
- Náuseas, vómitos y diarrea
- Dolor de espalda, cuello y articulaciones
- Infecciones del tracto urinario



Atención Urgente

A veces necesita atención médica rápida, pero puede ser innecesario ir a la sala de urgencias. Visite un centro de atención de urgencias dentro de la red Cigna cuando no pueda visitar a su médico de atención primaria y necesite atención fuera del horario habitual. Por lo general, los centros de atención de urgencias pueden tratar muchas enfermedades y lesiones menores, a la vez que le permiten ahorrar el tiempo y dinero de una visita a la sala de urgencias.

- Esguinces, dislocaciones, fracturas
- Ataques de asma de menores a moderados
- Conmoción cerebral
- Dolor de garganta u oídos
- Reacciones alérgicas menores
- Cortes pequeños



Sala de Urgencias

Cuando sienta que necesita tratamiento inmediato de lesiones o enfermedades críticas que pueden causar lesiones graves o poner en riesgo su vida.

Si cree que está experimentando una emergencia médica, vaya a la sala de urgencias más cercana o llame al 911.

- Sangrado intenso
- Lesiones de la médula espinal
- Ataque cardíaco o dolor de pecho
- Dificultad para respirar
- Accidente Cerebrovascular

Opciones del Plan Dental

Asegurado por Delta Dental y Beta Health

Una buena atención oral mejora la salud física general, la apariencia y el bienestar mental. Los problemas dentales y de encías son afecciones de salud comunes y fáciles de tratar. La Universidad de Denver le ofrece una selección de dos planes dentales con Delta Dental y un programa de descuento dental con Beta Health.

Delta Dental

Con las opciones de Delta Dental, usted y los miembros de su familia pueden visitar a cualquier dentista licenciado, pero lograrán el mayor ahorro en gastos de su bolsillo si se atienden con un proveedor de Delta Dental PPO. Si decide atenderse con un dentista fuera de la red, incurrirá en gastos adicionales de su bolsillo, y se le facturará la diferencia entre el monto total que el proveedor cobra y el monto aprobado (esto se denomina facturación del saldo*). Cuando se atiende con un proveedor de Delta Dental PPO o Premier, está protegido de la facturación del saldo.

Los dos planes Delta Dental incluyen el programa Right Start 4 Kids. Este programa brinda todos los servicios cubiertos para niños de hasta 13 años de edad al 100 % y sin deducible cuando se atienden con un proveedor PPO o Premier (los mismos servicios descritos en el plan, hasta el máximo anual y sujetos a limitaciones y exclusiones). La ortodoncia no está cubierta al 100 %, pero cuenta con el coseguro del plan.

Beta Health

El plan Beta Health Alpha es un **programa de descuento dental** exclusivo de la red que proporciona un promedio de hasta un 70 % de ahorro en los procedimientos dentales más frecuentes (incluidos limpiezas, empastes, coronas, tratamientos de conducto e, incluso, ortodoncia para niños y adultos). Consulte el programa de tarifas del Plan para ver cuánto costará cada procedimiento. Para aprovechar el ahorro, usted

Resumen de Beneficios Cubiertos	Plan Delta Base PPO		Plan Delta Enhanced PPO		Plan Beta Health Alpha
	PPO	Premier o fuera de la red	PPO	Premier o fuera de la red	
Deducible anual (individual/familiar)	\$50/hasta \$150		\$50/hasta \$150		N/A
Beneficio Máximo Anual	\$1,000 por miembro		\$1,500 por miembro		Ilimitado
Servicios de Atención Dental Preventiva Examen bucal, limpiezas, selladores, radiografías	Cobertura de un 100 %	Cobertura de un 100 %*	Cobertura de un 100 %	Cobertura de un 100 %*	Consulte el Programa de Tarifas
Servicios Dentales Básicos Empastes, extracciones simples, cirugía oral, endodoncia, periodoncia	20 % después del deducible	20 % después del deducible*	20 % después del deducible	20 % después del deducible*	
Servicios Dentales Mayores Coronas, dentaduras postizas, puentes, implantes	50 % después del deducible	50 % después del deducible*	50 % después del deducible	50 % después del deducible*	
Servicios de Ortodoncia para Adultos y Niños	No Cubierto		Del 50 % a un máximo de por vida de \$1,500 por miembro		
Período de Espera para Participantes Tardíos**	No se aplica a servicios preventivos, 6 meses en servicios básicos y 12 meses en servicios mayores y de ortodoncia				Ninguno

*La facturación del saldo se aplica si se atiende con un proveedor fuera de la red. El monto que posiblemente deba es la diferencia entre los cargos facturados por el proveedor y el pago recibido por Delta Dental según su programa de "Cargo Máximo Permitido".

** Las personas que no se inscriban en el plan dental cuando son elegibles por primera vez en el momento de la contratación, o durante la reinscripción, se considerarán Participantes Inscritos Tardíamente y estarán sujetos a un período de espera. La multa para los "Participantes Inscritos Tardíamente" no se aplica a aquellos cubiertos por otro plan dental grupal que se inscriban dentro de los 30 días posteriores a la pérdida de la otra cobertura dental ni a los niños inscritos en cualquier aniversario anterior a su cuarto cumpleaños.

Opciones de Planes Oftalmológicos

Asegurado por EyeMed

Sus ojos pueden proporcionar un atisbo de su salud general. A través de exámenes de rutina, su proveedor puede detectar problemas de salud generales en sus primeras etapas, además de determinar si necesita lentes correctivos. La Universidad de Denver sabe que la atención oftalmológica es algo personal y que también lo es su relación con el oftalmólogo. Por eso la Universidad de Denver se ha asociado con EyeMed para brindarle acceso a artículos de calidad para la visión y atención oftalmológica a un precio asequible en una amplia cantidad de proveedores minoristas e independientes.

Resumen de Beneficios Cubiertos	Plan Base		Plan Mejorado	
	Dentro de la Red	Reembolso fuera de la Red	Dentro de la Red	Reembolso fuera de la Red
Examen Ocular	Menores de 19 años: Dos veces por año del plan; Mayores de 19 años: Cada año del plan			
	Copago de \$10	Hasta \$45	Plan paga el 100 %	Hasta \$45
Lentes	Menores de 19 años: Dos veces por año del plan; Mayores de 19 años: Cada año del plan			
Lentes Monofocales Lentes Bifocales Lentes Trifocales	Copago de \$25	Hasta \$35 Hasta \$50 Hasta \$65	Copago de \$10	Hasta \$35 Hasta \$50 Hasta \$65
Marcos*	Una vez cada dos años del plan		Cada año del plan	
	Asignación de hasta \$130; luego, un descuento del 20 % del saldo	Hasta \$90	Asignación de hasta \$150; luego, un descuento del 20 % del saldo	Hasta \$104
Lentes de Contacto	Cada año del plan			
Optativos	Asignación de hasta \$130; luego, un descuento del 15 % del saldo	Hasta \$104	Asignación de hasta \$150; luego, un descuento del 15 % del saldo	Hasta \$120
Medicamento Necesario	Cobertura total	Hasta \$210	Cobertura total	Hasta \$210
Corrección Láser	15 % de descuento en el precio minorista o 5 % de descuento en el precio promocional	N/A	15 % de descuento en el precio minorista o 5 % de descuento en el precio promocional	N/A
Descuentos adicionales dentro de la red	40 % de descuento en un par completo de anteojos recetados, 20 % de descuento en anteojos de sol no recetados, 20 % de descuento del saldo restante más allá de la cobertura del plan			

* Oferta Especial Freedom Pass. Como un beneficio adicional, las sucursales de Target Optical ofrecen una opción de gastos de bolsillo de \$0, que le permite seleccionar cualquier marco disponible, de cualquier marca, sin importar el precio minorista original.

Los miembros deben completar la compra del marco, que está cubierta según los beneficios (descritos en los beneficios oftalmológicos mencionados anteriormente). Sin embargo, los miembros siguen siendo responsables de los lentes. Esto puede incluir un copago adicional. Los descuentos no son beneficios asegurados. Se requiere un comprobante de oferta en el momento de la compra. **Utilice el código 755288.**

Para ver una lista completa de proveedores, visite www.eyemed.com

Contribuciones de Primas

En la siguiente tabla, se muestran las contribuciones de los empleados a los planes médicos, dentales y oftalmológicos. Su parte de los costos se deducirá de su salario antes del cobro de los impuestos. La parte de las primas que pagan los empleados por la cobertura de la unión civil o pareja de hecho se retendrá después del cobro de los impuestos. La parte de las primas que paga la Universidad por una unión civil o pareja doméstica se agregará a sus ganancias como ingresos sujetos a impuestos.

Médico	Plan de Copago		Plan HDHP-HSA*	
	Contribución de la Universidad de Denver	Empleado	Contribución de la Universidad de Denver	Empleado
Solo Empleado	\$601.68	\$91.70	\$536.40	\$0.00
Empleado y Cónyuge o Pareja	\$999.78	\$382.00	\$904.66	\$163.70
Empleado e Hijo o Hijos	\$901.48	\$342.68	\$812.22	\$149.78
Familiar	\$1,331.96	\$600.72	\$1,205.52	\$288.36

* Si se inscribe en el Plan HDHP y abre una cuenta de ahorros de salud (HSA) a través de Rocky Mountain Reserve, la Universidad contribuirá \$27.64 por mes a su HSA.

Dental	Plan Delta Base PPO	Plan Delta Enhanced PPO	Plan Beta Health Alpha
Solo Empleado	\$28.95	\$48.32	\$10.22
Empleado y Cónyuge o Pareja	\$57.05	\$95.25	\$20.24
Empleado e Hijo o Hijos	\$68.64	\$114.55	\$24.92
Familiar	\$107.14	\$178.85	\$29.86

Oftalmología	Plan Base	Plan Mejorado
Solo Empleado	\$6.34	\$8.85
Empleado y Cónyuge o Pareja	\$12.07	\$16.81
Empleado e Hijo o Hijos	\$12.71	\$17.72
Familiar	\$18.69	\$26.03

Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA)

Administrado por Rocky Mountain Reserve

Una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA) es una cuenta individual con ventajas impositivas que puede utilizar para pagar gastos médicos calificados por el IRS actuales o futuros. Con una cuenta HSA, podrá ahorrar más dinero para gastos de atención médica o para su jubilación a través de opciones de inversión autodirigida.

¿Es elegible para abrir una cuenta HSA?

Su HSA se administra a través de Rocky Mountain Reserve (RMR). Puede abrir y contribuir a una HSA si cumple con las siguientes condiciones:

1. Está cubierto por un plan de salud calificado para HSA (HDHP);
2. No está cubierto por otro seguro de salud (con algunas excepciones);
3. No está inscrito en Medicare;
4. No está inscrito en TriCare;
5. No es elegible para ser reclamado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona;
6. No ha recibido beneficios de salud de la Administración de Veteranos con la excepción de los servicios por una “discapacidad relacionada con el servicio” o un Centro de Servicios de Salud Indígena en los últimos tres meses, y
7. No está cubierto por su cuenta FSA de atención médica o la de su cónyuge o pareja.

Planes de Salud con Deducible Alto y cuenta HSA

Debe estar inscrito en el plan HDHP de Cigna a fin de ser elegible para una cuenta HSA y realizar contribuciones a esta.

¿Cómo funciona una cuenta HSA?

- Puede contribuir a su HSA mediante deducciones de nómina, una transferencia bancaria en línea o enviando un cheque personal a RMR. Su empleador o un tercero, como su cónyuge o pareja o sus padres, también puede contribuir a su cuenta.
- Puede pagar los gastos médicos calificados con su tarjeta de débito directamente a su proveedor médico o pagar de su bolsillo. Puede optar por reembolsarse o conservar los fondos de su HSA para aumentar sus ahorros.
- Los fondos no utilizados se transfieren año a año. Después de los 65 años de edad, los fondos se pueden retirar por cualquier motivo sin una multa, pero estarán sujetos a impuestos sobre la renta ordinaria.

¿Cuánto puede contribuir a su HSA?

Cualquier contribución realizada por alguna parte debe ser menor que el límite anual que el Servicio de Impuestos Internos (IRS) haya determinado para la cuenta HSA. A continuación, se indican los montos límite del IRS para el año calendario 2022.

	Contribución Máxima del IRS para el 2022	Contribución de la Universidad de Denver	Contribución Máxima del Empleado
Empleado	\$3,650	\$331.68 (\$27.64 por mes)	\$3,318.32
Familiar	\$7,300		\$6,968.32
Complementaria	Las personas de 55 años o mayores pueden contribuir \$1,000* adicionales		

* Los empleados de 55 años o mayores, que no estén inscritos en Medicare, pueden contribuir \$1,000 adicionales a su cuenta HSA en cualquier momento del 2022. Los cónyuges o parejas de 55 años o mayores que estén cubiertos por el seguro médico del empleado a través de la Universidad de Denver también pueden realizar una contribución complementaria en una cuenta HSA independiente a su propio nombre. Si se inscribe en Medicare a mitad de año, su contribución complementaria debe prorratearse.

Cuenta de Gastos Flexibles (FSA)

Administrado por Rocky Mountain Reserve

Las Cuentas de Gastos Flexibles (FSA) permiten a los empleados utilizar dólares antes del cobro de los impuestos para gastos de atención médica o cuidado de niños o dependientes no cubiertos por los planes del seguro. Los empleados contribuyen una parte de cada salario a una cuenta FSA y ahorran significativamente en impuestos. El dinero de una cuenta FSA se puede utilizar para pagar gastos médicos, dentales y oftalmológico de bolsillo, o gastos de cuidado de dependientes. No es necesario que esté inscrito en el plan de salud del empleador para acceder a una cuenta FSA. La Universidad de Denver le ofrece la opción de seleccionar una cuenta de gastos flexibles de atención médica y una cuenta de gastos flexibles de atención de dependientes, como se describe en más detalle a continuación. Sus cuentas FSA se administran a través de Rocky Mountain Reserve (RMR).

FSA para Atención Médica

Una cuenta FSA de atención médica es una cuenta de beneficios antes del cobro de los impuestos que se utiliza para pagar gastos médicos, dentales y oftalmológicos elegibles que no están cubiertos por su plan del seguro ni de ninguna otra forma. Es una manera inteligente y sencilla de ahorrar dinero que lo mantiene a usted y su familia sanos y protegidos. El IRS establece un límite sobre cuánto puede contribuir a esta cuenta cada año. Para el 2022, el límite de contribución es de \$2,850.

FSA con Fin Limitado

Una cuenta FSA con fin limitado (del inglés Limited Purpose FSA, LPFSA) es una cuenta de gastos flexibles que solo le reembolsa los gastos dentales y oftalmológicos elegibles. Las cuentas LPFSA están disponibles para los empleados que están inscritos en un Plan de Salud con Deducibles Altos (HDHP); puede abrir tanto una cuenta LPFSA como una cuenta HSA. Al establecer una cuenta LPFSA, puede ahorrar dinero en impuestos usando el dinero de la cuenta LPFSA para sus gastos dentales y oftalmológicos, a la vez que conserva los fondos de su cuenta HSA para otros fines, incluidos el ahorro de esos fondos para el futuro. El IRS establece un límite sobre cuánto puede contribuir a esta cuenta cada año. Para el 2022, el límite de contribución es de \$2,850.

FSA para Atención de Dependientes

Una cuenta FSA para atención de dependientes es una cuenta de beneficios antes del cobro de los impuestos que se utiliza para pagar los servicios de atención de dependientes, como atención preescolar, campamentos de verano, programas de actividades antes o después de la escuela, y guardería infantil o cuidado de ancianos. Una cuenta FSA para atención de dependientes es una forma inteligente y sencilla de ahorrar dinero mientras cuida a sus seres queridos para poder seguir trabajando. El IRS establece un límite sobre cuánto puede contribuir a esta cuenta cada año.

A partir del 1 de enero del 2022, las contribuciones vuelven al límite estándar del IRS de \$5,000 si se trata de una pareja casada que realiza la declaración en conjunto o de una persona soltera que la realiza como jefe de familia, o de \$2,500 si se trata de una pareja casada y realizan la declaración por separado.

¿Cómo funciona una cuenta FSA?

1. Usted decide el monto anual (hasta el límite establecido para cada cuenta) que desea contribuir a una o ambas cuentas FSA según sus gastos esperados de atención médica o de cuidado de niños o ancianos dependientes.
2. Las elecciones se deducen de cada salario antes del cobro de los impuestos sobre los ingresos y del Seguro Social, y se depositan en su cuenta FSA. Su elección anual está disponible de inmediato después del comienzo del año del plan de la cuenta FSA para atención médica y de la cuenta LPFSA. En el caso de la cuenta FSA para atención de dependientes, solo puede recibir el monto que está en su cuenta cuando se paga su reclamación.
3. En el caso de los gastos elegibles de atención médica y atención de dependientes, puede pagar con la tarjeta de débito de la cuenta FSA para atención médica o de la cuenta LPFSA o presentar un formulario de reclamaciones para obtener el reembolso. En el caso de la atención de dependientes, usted paga los gastos elegibles cuando incurre en ellos y, luego, envía un formulario de reclamaciones de reembolso o presenta la reclamación en línea.
4. Se le reembolsa desde su cuenta FSA, por lo que en realidad paga sus gastos con dinero libre de impuestos.
5. Al final del año calendario, cualquier monto no utilizado en su cuenta FSA para atención médica se perderá, con la excepción del traspaso de un máximo de \$570 que se utilizará para el siguiente año calendario. El traspaso de \$570 no se aplica a la cuenta FSA para atención de dependientes.
6. Puede utilizar la cuenta LPFSA solo para gastos dentales y oftalmológicos.

Si tiene dinero extra al final del año del plan, consulte www.FSAstore.com o www.directfsa.com para encontrar productos elegibles que usted o su familia puedan comprar en lugar de perder los fondos. Los procedimientos cosméticos, como el blanqueamiento dental, no estarán cubiertos.

Comparación de las Cuentas HSA y FSA

Descripción	HSA	FSA para Atención Médica	FSA con Fin Limitado	FSA para Atención de Dependientes
Elegibilidad	HDHP	Copago	HDHP	Todos los empleados
Límites de Contribución del 2022	\$3,650 por persona \$7,300 familiar \$1,000 complementarios	\$2,850		Hasta \$5,000, consulta la página 21 para obtener más detalles
¿Quién puede contribuir?	Empleador, empleado, cónyuge o pareja, miembros de la familia**	Empleado		Empleado
Traspaso	100 %	Hasta \$570, consulta la página 21 para obtener más detalles		N/A
Cambio de contribución	En cualquier momento	Solo durante la inscripción abierta o si se produce un evento calificado		
Fondos disponibles	Cuando tenga fondos	De inmediato		Cuando tenga fondos
Recibos necesarios para el reembolso	No, debe guardar sus facturas y recibos con fines fiscales	Sí, para algunos gastos		
¿Es portátil la cuenta?	Sí, todos los fondos pertenecen al dueño de la cuenta	No		
Gastos elegibles	Gastos médicos, dentales y oftalmológicos*, y algunos seguros primas como LTC y COBRA	Gastos médicos, dentales y oftalmológicos*, pero sin primas de seguro	Gastos dentales y oftalmológicos*, pero sin primas de seguro	Guardería y cuidado de ancianos relacionados con el trabajo
¿Puedo usar los fondos para gastos no elegibles?	Multa del 20 % del monto utilizado si se aplica el impuesto a la renta para mayores de 65 años	No		
Opciones de ahorro o inversión	Sí	No		

* Para obtener una lista de los gastos calificados, visite <https://www.irs.gov/publications/p502>

** Los cónyuges o parejas y los hijos cubiertos mayores de 19 años deben contribuir a su propia cuenta HSA de propiedad individual



Seguro de Vida y por AD&D

Asegurado por New York Life Insurance

Seguro Básico de Vida y por AD&D (del inglés Accidental Death and Dismemberment, Muerte y Desmembramiento Accidental)

El seguro de vida proporciona seguridad financiera a las personas que dependen de usted. Sus beneficiarios recibirán un pago único por parte de la Universidad de Denver si usted fallece mientras trabaja. La Universidad proporciona un seguro de vida básico de una vez su salario actual hasta un máximo de \$100,000 **sin costo alguno para usted**. Los beneficios comenzarán a reducirse a los 65 años.

El seguro por Muerte y Desmembramiento Accidental (AD&D) le proporciona el pago a usted o a sus beneficiarios si pierde una extremidad o si fallece en un accidente. La Universidad de Denver proporciona cobertura para AD&D de una vez su salario actual hasta un máximo de \$100,000 **sin costo alguno para usted**. Esta cobertura es adicional a su seguro de vida pagado por la empresa descrito anteriormente.

New York Life ofrece los siguientes beneficios adicionales a través de My Secure Advantage™, **sin costo alguno para usted**. Para obtener más información, visite www.du.edu/human-resources/benefits

<p>Usurpación de Identidad: Proporciona herramientas y orientación personal para ayudar con la prevención, detección y resolución de la usurpación de identidad. Incluye una consulta gratuita de 30 minutos con un Especialista en Resolución de Fraudes.</p>	<p>Preparación de Testamento: Los formularios legales galardonados facilitan hacerse cargo de las decisiones legales difíciles sobre la vida y atención médica. Tiene acceso a cientos de formularios web inteligentes, específicos del estado, incluidos su último testamento, testamento vital, poderes notariales y más.</p>
<p>Programa de Asistencia para la Vida: Ayuda con los desafíos de la vida personal, laboral y familiar, los cuidados, el duelo, el asesoramiento legal, desde asuntos financieros hasta el cuidado de mascotas, solo por nombrar algunos.</p>	<p>Duelo: Apoyo para los empleados, sus familias y los beneficiarios de reclamaciones por fallecimiento en el momento que lo necesitan y desde el primer día, aunque nunca se presente una reclamación.</p>





Seguro Opcional de Vida y por AD&D

Asegurado por New York Life Insurance



Seguro de Vida Opcional

Puede adquirir un seguro de vida adicionalmente a la cobertura proporcionada por el empleador. También puede adquirir un seguro de vida para sus dependientes si compra una cobertura adicional para sí mismo. Usted y su cónyuge o pareja tienen la cobertura garantizada que se describe a continuación sin la necesidad de responder preguntas médicas si se inscribe cuando es elegible por primera vez. Si elige una cobertura por encima del monto de emisión garantizado, la cobertura no entrará en vigor hasta que la evidencia de asegurabilidad sea aprobada por New York Life.

Empleado

- Incrementos de \$10,000 a \$500,000 o cinco veces el salario anual, lo que sea menor.
- Emisión garantizada: Menos de 5 veces el salario o \$200,000

Cónyuge o pareja

- Incrementos de \$5,000 a \$250,000, sin exceder el monto cubierto del empleado.
- Emisión garantizada: \$50,000

Hijos

- Para dependientes de hasta 26 años de edad, incrementos de \$2,500 a \$10,000.
- Emisión garantizada: \$10,000

Seguro Opcional por Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D)

Puede adquirir un seguro por AD&D adicionalmente a la cobertura proporcionada por el empleador. También puede adquirir un seguro por AD&D para sus dependientes si compra una cobertura adicional para sí mismo.

Empleado

- Incrementos de \$10,000 a \$500,000 o 10 veces el salario anual, lo que sea menor.

Cónyuge o pareja

- Incrementos de \$5,000 a \$300,000
 - El 60 % del monto cubierto del empleado si **no** tiene hijos asegurados en virtud de esta póliza.
 - El 50 % del monto cubierto del empleado si **tiene** hijos asegurados en virtud de esta póliza.

Hijos

- Incrementos de \$2,500 a \$50,000
 - El 15 % del monto cubierto del empleado si **no** tiene cónyuge o pareja asegurado en virtud de esta póliza.
 - El 10 % del monto cubierto del empleado si **tiene** cónyuge o pareja asegurado en virtud de esta póliza.



Seguro de Discapacidad

Asegurado por New York Life Insurance

Seguro por Discapacidad de Corto Plazo (STD)

El Seguro por Discapacidad de Corto Plazo puede brindarle la tranquilidad que aporta un salario protegido, en caso de que no pueda trabajar debido a una enfermedad o lesión que se produjo fuera del trabajo. La Universidad de Denver ofrece cobertura de STD **sin costo alguno para usted**. El Plan de Discapacidad de Corto Plazo de New York Life proporciona ingresos, después de alcanzar el período de eliminación, si sufre una discapacidad debido a una lesión o enfermedad. Una vez inscrito en el plan, puede aprovechar los siguientes beneficios:

- Período de Eliminación: 14 días
- Importe del Beneficio: 60 % del salario base semanal
- Beneficios Máximos: Hasta \$1,500 por semana
- Período de Beneficios: Hasta 13 semanas (incluye el Período de Eliminación)

Seguro por Discapacidad de Largo Plazo (LTD)

Cumplir con sus gastos básicos de vida puede ser un verdadero desafío si sufre una discapacidad. Sus opciones pueden estar limitadas a ahorros personales, ingresos del cónyuge y, posiblemente, al Seguro Social. El Seguro por Discapacidad de Largo Plazo proporciona protección para su activo más valioso: su capacidad de generar ingresos. La Universidad de Denver ofrece cobertura de LTD **sin costo alguno para usted**.

- Período de Eliminación: 90 días
- Importe del Beneficio: 60 % del salario base mensual
- Beneficios Máximos: \$12,500 por mes
- Duración del Beneficio: La edad normal de jubilación de su seguro social o 4 años, lo que sea mayor

Este monto se puede reducir con otras fuentes deducibles de ingresos o pagos por discapacidad.

Seguro Opcional contra Enfermedades Graves o Accidentes

Asegurado por Cigna

Seguro Opcional contra Accidentes

El seguro por Lesiones Accidentales puede brindarle a usted y su familia la protección financiera adicional que necesiten para los gastos asociados con un accidente cubierto inesperado. Si bien es imposible predecir los eventos inesperados de la vida, puede planificar cómo enfrentarlos eligiendo beneficios que puedan ayudarlo a proteger su futuro financiero. Los gastos cotidianos, grandes y pequeños, se van sumando. Piense en su capacidad de pagar esos gastos si usted o un miembro de su familia se lesionara gravemente en un accidente cubierto. El plan le paga los beneficios directamente a usted. Lo que hace con el dinero depende de usted.

Seguro por Accidente Voluntario	
Solo Empleado	\$9.92
Empleado y Cónyuge o Pareja	\$17.96
Empleado e Hijo o Hijos	\$22.90
Familiar	\$30.95

Este beneficio pagará una suma global en caso de un accidente cubierto. Los siguientes son algunos ejemplos:

- Fracturas
- Transporte en Ambulancia
- Laceración
- Dislocaciones
- Coma
- Radiografía
- Cirugía
- Quemaduras
- Y mucho más

Seguro Opcional contra Enfermedades Graves

La Universidad le ofrece la oportunidad de adquirir un Seguro por Enfermedad Grave de manera voluntaria para facilitar el impacto financiero de una enfermedad de dicha característica. Si a usted o un miembro cubierto de su familia se le diagnostica una enfermedad y cumple con los requisitos de la certificación y póliza grupal, recibirá un pago para usarlo según sus necesidades. Se puede utilizar para ayudar a cubrir los deducibles, copagos y cargos hospitalarios incidentales de su seguro médico (por ejemplo, televisión, teléfono, etc.) o para cualquier propósito que elija. El Seguro por Enfermedad Grave proporciona pagos por enfermedades como insuficiencia renal o de órganos, arteriosclerosis, carcinoma in situ, tumor cerebral benigno, cáncer, ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, etc.

Tarifas Mensuales por \$10,000 y según la Edad de los Empleados	Solo Empleado	Empleado y Cónyuge o Pareja	Empleado e Hijo o Hijos	Familiar
0-29	\$2.49	\$3.98	\$3.71	\$5.22
30-39	\$4.42	\$6.84	\$5.65	\$8.07
40-49	\$8.16	\$12.75	\$9.39	\$13.98
50-59	\$16.19	\$25.77	\$17.42	\$27.01
60-69	\$25.85	\$41.31	\$27.08	\$42.53
70-79	\$45.53	\$70.56	\$46.76	\$71.78
80 años o más	\$72.33	\$109.99	\$73.57	\$111.23

Importe del Beneficio por Enfermedad Grave:

- Empleado: \$10,000, \$20,000 o \$30,000; Emisión garantizada: \$30,000
- Cónyuge o pareja: 50 % del importe del beneficio del empleado; Emisión garantizada: 100 %
- Hijos: 50 % del importe del beneficio del empleado

Si se realiza un examen de detección de enfermedades, este plan le pagará un beneficio de examen de detección de \$50. Estos exámenes de detección incluyen exámenes físicos anuales, análisis biométricos, exámenes preventivos de detección de cáncer, etc.



Accidente en Viaje de Negocios

Administrado por Prudential/IMG Global

La Universidad de Denver ofrece una Póliza de Accidentes en Viajes de Negocios (del inglés BTA, Business Travel Accident) de \$200,000 a través de IMG Global. Este beneficio le brinda acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana, a servicios médicos y de asistencia al viajero en todo el mundo, mientras se encuentre en un asunto oficial de la Universidad. De esa manera, nunca tendrá que preocuparse de dónde está cubierto y solo deberá preocuparse por la situación en cuestión.

Asistencia Médica de Emergencia	Información Previa al Viaje	Servicios Personales de Emergencia
<ul style="list-style-type: none"> • Remisiones médicas • Monitoreo médico • Evacuación médica • Repatriación • Asistencia de viaje para acompañantes • Asistencia para hijos dependientes • Visita de un familiar o amigo • Devolución de restos mortales 	<ul style="list-style-type: none"> • Requisitos de Visa y pasaporte • Información general sobre las costumbres locales y las formalidades comerciales • Tasas de cambio de moneda extranjera • Referencias de embajadas y consulados 	<ul style="list-style-type: none"> • Organización de viaje de emergencia • Efectivo de emergencia • Localización de artículos perdidos • Anticipo de fianza • Alojamiento y retorno de mascotas

Asistencia en varios idiomas 24/7

Ya sea que viaje por negocios o placer, los servicios de Asistencia al Viajero están disponibles cuando se encuentre a más de 100 millas de su hogar durante 180 días o menos.



Please cut out and fold in half.

<p>INTERNATIONAL MEDICAL GROUP* TRAVEL ASSISTANCE PROGRAM</p> <p>Toll free from within the U.S.: +1 (855) 847-2194</p> <p>From anywhere in the world: +1 (317) 927-6881</p> <p>assist@imglobal.com</p> <p>Name _____ Company _____</p> <p><i>This is not a medical insurance card. Valid until termination of policy.</i></p>	<p>Attention</p> <p>THIS IS NOT A MEDICAL INSURANCE CARD</p> <p>The participant is entitled to IMG Assistance Services. El participante tiene derecho a los servicios de asistencia médica y de viaje de IMG. Le participant a droit aux services de voyage et d'assistance médicale IMG.</p> <p>参与者有权享受IMG旅行和医疗援助服务。</p> <p>WWW.IMGGLOBAL.COM</p> <p><i>All services must be provided by International Medical Group (IMG). No claims for reimbursement will be accepted.</i></p>
--	--



Plan de Jubilación 403(b)

Administrado por TIAA

La Universidad ofrece un plan de jubilación conforme a la sección 403(b) del Código de Impuestos Internos (del inglés IRC, Internal Revenue Code) para permitirle invertir en su jubilación a través de convenientes contribuciones de nómina automáticas y periódicas.

Las contribuciones se pueden realizar sobre la base de la reducción de salario antes del cobro de los impuestos o con impuestos diferidos, lo que significa que su ingreso imponible actual se reduce por el monto de sus contribuciones y que los impuestos sobre esas contribuciones y sus ganancias de inversión se aplazan hasta que se las devuelvan en forma de beneficios de jubilación u otras distribuciones de estos planes. También puede contribuir después del cobro de los impuestos, lo que reducirá su responsabilidad fiscal durante la jubilación. En el caso de los empleados con pagos quincenales, las contribuciones de jubilación se deducirán de cada salario. La participación en este plan es completamente voluntaria.

Elegibilidad

Como empleado elegible de la Universidad, puede optar por realizar contribuciones desde el primer día del mes siguiente a la fecha de contratación o asignación, lo que ocurra primero. Será elegible para recibir contribuciones equivalentes el primer día del mes siguiente al día en que haya completado 12 meses de servicio en la Universidad.

Si fuera un empleado elegible para los beneficios de jubilación y hubiese completado un año de servicio (en un período de 12 meses consecutivos) en otra institución educativa o de enseñanza antes de su empleo en la Universidad, sería elegible para recibir contribuciones equivalentes el primer día del mes siguiente a su fecha de contratación o asignación.

Sus Contribuciones

Como participante, puede optar por diferir una parte de su compensación cada año en lugar de recibir esa cantidad en efectivo. El total diferido en cualquier año imponible debe ser menor que el límite en dólares establecido por la ley. El límite para el 2022 es de \$20,500. Si tiene 50 años o más, puede optar por diferir al plan montos adicionales (llamados “contribuciones complementarias”). La “contribución complementaria” máxima que puede hacer en el 2022 es de \$6,500.

Existen dos tipos de montos diferidos: Montos diferidos del plan 403(b) antes del cobro de los impuestos y Montos diferidos del plan Roth 403(b). Puede realizar uno o ambos aplazamientos.

Montos diferidos del plan 403(b) antes del cobro de los impuestos: Si decide realizar aplazamientos del plan 403(b) antes del cobro de los impuestos, entonces sus ingresos tributables se reducen según las contribuciones diferidas para que pague menos en impuestos federales sobre la renta. Más adelante, cuando el plan distribuya los montos diferidos y ganancias, pagará los impuestos sobre esos montos diferidos y ganancias. Por lo tanto, los impuestos federales sobre la renta correspondientes a las contribuciones diferidas y las ganancias solo se posponen. En algún momento más adelante, tendrá que pagar impuestos sobre estos montos.

Montos diferidos del plan Roth 403(b): Si decide realizar aplazamientos del plan Roth 403(b), los montos diferidos estarán sujetos a impuestos federales sobre la renta en el año del aplazamiento. Sin embargo, los aplazamientos y, en la mayoría de los casos, las ganancias por los aplazamientos, no estarán sujetos a impuestos federales sobre la renta cuando se los distribuya a usted. Para que las ganancias estén libres de impuestos, debe cumplir ciertas condiciones. Consulte la descripción resumida del plan para obtener más información.

Plan de Jubilación 403(b) (continuación)

Equiparación de Contribuciones por Parte del Empleador

Los empleados designados son elegibles para inscribirse en la equiparación de contribuciones por parte del empleador, que es una de las prestaciones del plan de jubilación, en cualquier momento después de completar un año de servicio en la Universidad. Los empleados también pueden omitir este requisito de servicio si prestaron servicios previos en otra institución educativa calificada. Este requisito de servicio se define como un año de servicio como empleado elegible para los beneficios de jubilación a tiempo completo. Una institución educativa calificada (según la sección 170(b)(1)(A)(ii) del IRC) se define como una organización educativa que normalmente mantiene un cuerpo docente y currículo regular, y tiene un cuerpo de alumnos o estudiantes inscritos de forma periódica que asisten al lugar donde se llevan a cabo sus actividades educativas cotidianas.

Si un empleado contribuye un 4 % y es elegible para participar del plan de equiparación de contribuciones por parte del empleador, el empleado recibirá cualquier contribución equivalente realizada por la Universidad. La contribución equivalente es discrecional y puede variar según lo determinado por la Universidad. Si tiene preguntas sobre la contribución equivalente, comuníquese con Servicios Compartidos al 303-871-7420 o benefits@du.edu.

Contribución del Empleado

Tanto los empleados designados como los no designados pueden inscribirse en la función de contribución del empleado en cualquier momento. También pueden finalizar su participación en cualquier momento. Una amplia gama de opciones de inversión están disponibles a través de TIAA.

Nota: La Universidad no equipara las contribuciones en virtud de la función de contribución del empleado.

Distribuciones

Las distribuciones de este plan están disponibles solo después de la finalización del empleo en la Universidad, excepto por la distribución única de una suma global “en servicio” de hasta el 10 % de su cuenta, que puede solicitar a partir de los 59 años y medio de edad o más. Cualquier distribución de este plan que no califique como un “pago periódico” según el IRC, o como un “traspaso” o “transferencia directa” calificado a otro plan de jubilación calificado se debe “traspasar” a una cuenta de jubilación individual, que luego se puede utilizar como medio para retiros de efectivo.

Comuníquese con TIAA si tiene preguntas

- Llame a TIAA al 800-842-2252 los días de semana, de 8 a. m. a 8 p. m., y los sábados, de 7 a. m. a 4 p. m., hora de la montaña.
- ¿Desea hablar con un asesor sin costo adicional? Llame al 800-732-8353 los días de semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, o programe una conversación en línea en www.tiaa.org/schedulenow
- Comience su plan de acción personalizado para la jubilación con la herramienta de asesoría de jubilación en línea de TIAA. Visite www.tiaa.org/retirementadvisor



Cuidado de Respaldo y Atención Familiar

Administrado por BrightHorizons

La Universidad de Denver y Bright Horizons se han asociado para ayudarlo a administrar mejor sus numerosas responsabilidades laborales, familiares y personales. Como lo consideramos un empleado valioso, tiene acceso a dos programas: Bright Horizons Back-Up Care™ y Bright Horizons Additional Family Supports.

Bright Horizons Back-Up Care™ brinda acceso a cuidado de respaldo para sus hijos y familiares adultos o ancianos cuando se produce un desajuste en los planes de cuidado normales. Este programa proporciona a los Empleados hasta 10 días de cuidado de respaldo a tasas subsidiadas. Los Empleados tienen acceso a agencias acreditadas y cuidadores capacitados que brindan atención temporal de alta calidad en el hogar y en un centro. La atención en un centro cuesta \$20 por niño/día o \$35 por familia/día. La atención en el hogar para niños y adultos cuesta \$8 por hora (se necesita un mínimo de 4 horas). Además del cuidado de respaldo, puede utilizar su beneficio de **Bright Horizons Back-Up Care™** para programar tiempo con un tutor experimentado con el fin de ayudar a que sus hijos de 5 a 18 años mantengan un buen desempeño académico. Obtenga ayuda instantánea en más de 300 temas o apoyo específico en matemáticas o lectura. Cada uso del cuidado de respaldo (como Empleado de DU beneficiado, tiene hasta 10 usos) se puede intercambiar por 4 horas de tutoría virtual.

Estos son algunos ejemplos de cuándo puede usar el cuidado de respaldo para niños:

- Tiene un bebé nuevo y necesita un cuidador mientras vuelve a un horario de trabajo normal o mientras planifica el cuidado de los niños
- La escuela o el centro de su hijo están cerrados por un receso, días de capacitación docente o inclemencias del tiempo
- Necesita un cuidador para sus niños en el hogar durante las horas de la noche y los fines de semana
- Le gustaría acceder a hasta 10 sesiones de 4 horas de tutoría virtual para ayudar a su hijo de 5 a 18 años de edad.

Visite <https://clients.brighthouse.com/DU>

Nombre de Usuario del Empleador: DU

Contraseña: Benefits4You

Descargue la Aplicación: Busque “back-up care” (cuidado de respaldo) en la App Store o en Google Play

¿Preguntas? Llame al 1-877-BH-CARES (1-877-242-2737)

Estos son algunos ejemplos de cuándo puede usar el cuidado de respaldo para adultos y ancianos:

- El proveedor de atención habitual en el hogar de su padre o madre está enfermo o de vacaciones
- Su hijo adolescente o adulto está levemente enfermo y usted desea que alguien lo acompañe mientras está en el trabajo
- Sus padres o abuelos viven fuera del estado y necesitan ayuda
- Su cónyuge o pareja (u otro miembro adulto de su familia) se está recuperando de una enfermedad o lesión y necesita atención

A través de **Bright Horizons Additional Family Supports™** su empleador le brinda recursos para ayudarlo a garantizar la atención regular y continua de su familia, lo que incluye lo siguiente:

- Inscripción preferente en determinados centros de cuidado infantil de Bright Horizons. Descuento en la matrícula para recibir cuidado a tiempo completo en centros asociados seleccionados de nuestra red de cuidado de niños
- Recursos en línea, de autoservicio y pago automático para buscar y comunicarse con:
 - Niñeras, cuidadoras y personal de limpieza para el cuidado cotidiano y de fin de semana (incluidos niños con necesidades especiales) y cuidadores de adultos y ancianos, disponibles a través de SitterCity
 - Cuidadores de mascotas, paseadores de perros, peluqueros caninos y más, disponibles a través de SitterCity
 - Recursos, planificación y remisiones para el cuidado de ancianos, disponibles a través de Years Ahead
 - Tutoría, preparación de exámenes y ayuda con tareas, disponible a través de Tutoring and Test Prep

Programa de Asistencia al Empleado (EAP)

Administrado por SupportLinc

La Universidad de Denver ofrece un Programa de Asistencia a los Empleados (del inglés EAP, Employee Assistance Program) a través de SupportLinc a todos los empleados beneficiarios **sin costo alguno**. El programa EAP es un beneficio de salud, independiente del seguro médico, para ayudarlo a manejar los desafíos diarios de la vida. El programa EAP es 100 % confidencial.

Usted y sus familiares directos pueden recibir hasta 6 visitas por problema al año. SupportLinc puede remitirlo a asesores, servicios y recursos profesionales que lo ayudarán a resolver una amplia gama de inquietudes personales y laborales, como las siguientes:

Asesoramiento

- Depresión, estrés o ansiedad
- Problemas de relaciones
- Duelo y pérdida
- Problemas familiares y de crianza
- Abuso de sustancias

Beneficio de Vida Personal y Laboral

- Consulta legal en persona o telefónica con un abogado licenciado
- Consultas financieras
- Consulta de usurpación de identidad
- Remisión para atención de dependientes
- Orientación y remisiones a recursos para la vida diaria como servicios de mejoras en el hogar, entretenimiento, cuidado de mascotas, reparación de automóviles, bienestar, viajes, personal de mantenimiento, oportunidades de voluntariado, etc.

Acceda a los servicios de SupportLinc llamando a la línea telefónica 24/7 al 1-888-881-LINC (5462) y comuníquese directamente con un médico. El profesional puede comunicarlo con un Asesor en su área o con los servicios de asesoramiento a través de telemedicina. También puede atender sus necesidades inmediatas. Consulte los detalles del sitio web a continuación.

Si tiene preguntas, envíe un correo electrónico a benefits@du.edu.

Visite el portal en

www.supportlinc.com

Nombre de usuario: universityofdenver

O llame al 1-888-881-5462.

Exención de Matrícula

El programa de Exención de Matrícula está diseñado para permitir que los empleados beneficiarios, sus cónyuges o parejas, o sus hijos dependientes menores de 25 años se inscriban en cursos “que otorgan créditos” en la Universidad de Denver con cargos de matrícula reducidos o sin cargos. Al momento de la contratación, la elegibilidad para la exención de matrícula de los Empleados se emitirá automáticamente de forma diferida para el primer semestre después de 6 meses de servicio con beneficios en la Universidad.

Según la elegibilidad del empleado y del cónyuge o pareja, las exenciones estarán disponibles automáticamente para ese cónyuge, pareja o hijo en cada subsiguiente semestre. Se necesita documentación para verificar la relación del estudiante con el empleado y puede incluir una Declaración Jurada de la Common Law, una Declaración Jurada de Pareja de Hecho, una declaración de impuestos reciente, un certificado de nacimiento o la documentación de tutela legal.

Los beneficios de la Exención de Matrícula para estudiantes de posgrado están sujetos a impuestos Federales, Estatales y de la Ley FICA. Como tal, el valor del beneficio de exención de matrícula para cónyuges, parejas e hijos con estudios de posgrado se declarará como ingreso imponible en los pagos de los empleados. Se debe consultar a un asesor fiscal para obtener más información sobre impuestos.

EMPLEADO Y CÓNYUGE O PAREJA

Horario de Trabajo del Empleado	Elegibilidad del Empleado por Período Académico	Crédito Máximo por Año del Plan* De Verano a Primavera	Elegibilidad del Cónyuge o Pareja por Período Académico
Tiempo completo (.93-1.0 ETC)	2 clases (9 créditos máximo)	20 créditos	5 créditos
3/4 de tiempo (.75-.92 ETC)	2 clases (7 créditos máximo)	16 créditos	4 créditos
1/2 de tiempo (.50-.74 ETC)	2 clases (5 créditos máximo)	12 créditos	3 créditos
Jubilado	5 créditos	N/A	5 créditos

* Si un empleado pasa a ser elegible para usar la exención de matrícula a mitad de un año del plan, el máximo de crédito anual se prorratea para el año restante del plan. El límite anual se renovará cada período de verano.

Horario de Trabajo del Empleado	Período de Otoño	Período de Invierno	Período de Primavera
Tiempo completo .93-1.0 ETC	15 créditos	10 créditos	5 créditos
3/4 de tiempo .75-.92 ETC	12 créditos	8 créditos	4 créditos
1/2 de tiempo .50-.74 ETC	9 créditos	6 créditos	3 créditos

HIJO DEPENDIENTE

Horario de Trabajo del Empleado	Empleados con Antigüedad o Menos de 5 años de Servicio: Grado o Posgrado	Empleados con Antigüedad o Menos de 5 años de Servicio: Grado o Posgrado
Tiempo completo .93-1.0 ETC	70 %/50 %	90 %/50 %
3/4 de tiempo .75-.92 ETC	45 %/35 %	60 %/35 %
1/2 de tiempo .50-.74 ETC	35 %/25 %	45 %/25 %

Para obtener más información sobre las pautas de elegibilidad, las restricciones, la definición de términos, cómo utilizar los beneficios de exención de la matrícula y las consideraciones legales o fiscales, visite <https://www.du.edu/human-resources/benefits/tuition-waiver/index.html> o comuníquese con Servicios Compartidos al 303-871-7420 o benefits@du.edu.



Beneficios Adicionales



Estas ofertas de descuento están abiertas a todos los empleados de la Universidad, a menos que se indique específicamente lo contrario, y están sujetas a cambios o su discontinuación sin previo aviso por parte del proveedor. Es posible que se le solicite presentar su tarjeta de identificación de la Universidad para recibir los descuentos anunciados. La Universidad no promociona ninguno de los bienes o servicios ofrecidos ni garantiza ninguna de las ofertas. Para obtener más información sobre cualquiera de los descuentos mencionados, debe comunicarse

Tarjeta de Identificación de Pioneer

Proporciona muchos privilegios, como descuentos en la librería de la Universidad, acceso a la biblioteca y precios reducidos para asistir al centro Newman Center for the Performing Arts y a los eventos deportivos de la DU.

Deportes y Recreación en la Universidad de Denver (DU)

Hay oportunidades de descuento exclusivas para asistir a eventos deportivos selectos de la DU para el cuerpo docente, el personal y los jubilados de la DU durante el año.

Centro Deportivo Coors Fitness Center de la DU

Los empleados de la DU disfrutan de descuentos en el Coors Fitness Center, así como en asociación con los programas seleccionados del Ritchie Center. Las membresías del Coors Fitness Center con descuento están disponibles para el cuerpo docente, el personal y sus familias, y hay un descuento del 10 % disponible para los programas populares, como School Days Off, P.A.S.S. Acampar y mucho más.

RTD EcoPass

El EcoPass ofrece transporte gratuito e ilimitado en autobuses RTD y líneas de trenes ligeros (con ciertas excepciones designadas), así como descuentos en el servicio de traslado hacia el aeropuerto de RTD. Para obtener más información, comuníquese con Servicios Compartidos al 303-871-7420 o benefits@du.edu.

Para obtener más información sobre lo anterior y las ofertas adicionales, visite

www.du.edu/human-resources/benefits



Información de contacto

Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios o el contenido de esta guía, comuníquese con Servicios Compartidos.

Servicios Compartidos

Universidad de Denver
 2601 East Colorado Avenue Denver, CO 80208
Teléfono: 303.871.7420
Fax: 303.871.6339
Correo electrónico: benefits@du.edu

Plan	Teléfono	Sitio web/Correo Electrónico	Grupo Nro.
Médico Cigna	800.244.6224	www.mycigna.com	3344360
Cigna One Guide®	800.244.6224	N/A	3344360
Health Advocate®	866.799.2725	N/A	N/A
Dispatch Health	303.500.1518	www.dispatchhealth.com	3344360
Atención Virtual MDLive	888.726.3171	www.MDLIVEforCigna.com	3344360
Programas Conductuales de Cigna	Consulte el reverso de su tarjeta de identificación	www.mycigna.com	3344360
MeruHealth	833.940.1385	www.meruhealth.com/cigna	3344360
TalkSpace	N/A	www.talkspace.com/cigna	3344360
Dental Delta Dental de Colorado	800.610.0201	www.deltadentalco.com	8826
Plan de Descuento Dental Beta Health	800.807.0706	www.betaplans.com/Alpha18/	N/A

Plan	Teléfono	Sitio web/Correo Electrónico	Grupo Nro.
OftalmologíaEyeMed	866.723.0514	www.eyemed.com	9846650
Cuenta de Ahorros para la Salud y Cuenta de Gastos Flexibles Rocky Mountain Reserve	888.722.1223	www.rockymountainreserve.com	N/A
Seguro de Vida y por Discapacidad New York Life	800.362.4462	www.newyorklife.com	Vida: FLX969778 AD&D: OK971218 STD: LK752793 LTD: LK966486
Seguro Voluntario por Enfermedades Graves o Accidentes Cigna	800.754.3207	www.suphealthclaims.com	AI961819 CI961734
Accidente en Viaje de Negocios Prudential	Número Gratuito en EE. UU. 855.847.2194 Número Gratuito en Cualquier Lugar 317.927.6881	www.imglobal.com	N/A
Plan de Ahorro para la Jubilación 403(b) Asociación de Seguros y Anualidades para Profesores (TIAA)	800.842.2252	www.tiaa.org	N/A
Programa de Asistencia al Empleado SupportLinc	888.881.5462	www.supportlinc.com	N/A





AVISOS LEGALES

Para el Año del Plan: 1 de julio del 2022 al 30 de junio del 2023

Se adjuntan los Avisos Anuales de nuestros planes de salud. Usted y sus dependientes deben leer cada aviso con detención, ya que en ellos se describen beneficios, términos y limitaciones importantes que se aplican a nuestro plan de salud.

- Derechos de Inscripción Especial de la HIPAA
- Recordatorio del Aviso de Prácticas de Privacidad de la Ley HIPAA
- Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer
- Ley de Protección de la Salud del Recién Nacido y de la Madre
- Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de Servicios Uniformados (USERRA)
- Ley de Paridad en la Salud Mental e Igualdad en la Adicción del 2008 (“Ley de Wellstone”)
- Ley de Facturación Sin Sorpresas
- Asistencia de Primas de Medicaid y el Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP)
- Ley de Imparcialidad para Trabajadoras Embarazadas C.R.S. § 24-34-402.3
- Aviso General de COBRA
- Aviso de Cobertura Acreditable
- Aviso del Mercado

Si tiene alguna pregunta después de revisar cada aviso, debe comunicarse con:

Servicios Compartidos

Universidad de Denver

2601 East Colorado Avenue Denver, CO 80208

Teléfono: 303.871.7420

Fax: 303.871.6339

Correo electrónico: benefits@du.edu

Derechos de Inscripción Especial de la HIPAA

Aviso del Plan de Salud de la Universidad de Denver sobre sus Derechos de Inscripción Especial en Virtud de la Ley HIPAA

Nuestros registros indican que usted es elegible para participar en el Plan de Salud de la Universidad de Denver (para participar realmente, debe completar un formulario de inscripción y pagar parte de la prima a través de la deducción de nómina).

Una ley federal llamada Ley HIPAA exige que le notifiquemos acerca de una disposición importante del plan: su derecho a inscribirse en el plan en virtud de su "cláusula de inscripción especial" si tiene un nuevo dependiente o si rechaza la cobertura de este plan para sí mismo o un dependiente elegible mientras la otra cobertura esté vigente y, luego, pierde esa otra cobertura por ciertas razones que lo hacen elegible.

Pérdida de Otra Cobertura (Excepto Medicaid o un Programa Estatal de Seguro Médico para Niños). Si rechaza la inscripción de sí mismo o sus dependientes elegibles (incluido su cónyuge o pareja) debido a otro seguro de salud o cobertura de plan de salud grupal vigente, puede inscribirse a sí mismo y sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir a su cobertura o a la de sus dependientes). Sin embargo, usted debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días después de que su cobertura o la de sus dependientes termine (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).

Pérdida de Cobertura de Medicaid o un Programa Estatal de Seguro Médico para Niños. Si rechaza la inscripción de sí mismo o un dependiente elegible (incluido su cónyuge o pareja) mientras la cobertura de Medicaid o un programa estatal de seguro médico para niños esté vigente, es posible que pueda inscribirse e inscribir a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la finalización de su cobertura o la de sus dependientes en virtud de Medicaid o un programa estatal de seguro médico para niños.

Nuevo Dependiente por Matrimonio, Nacimiento, Adopción o Acuerdo de Adopción. Si tiene un nuevo dependiente como resultado del matrimonio, nacimiento, adopción o acuerdo de adopción, puede inscribirse a sí mismo y a sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o acuerdo de adopción.

Elegibilidad para la Asistencia de Prima en Virtud de Medicaid o un Programa Estatal de Seguro Médico para Niños: Si usted o sus dependientes (incluido su cónyuge o pareja) reúnen los requisitos para un subsidio estatal de asistencia de prima de Medicaid o a través de un programa estatal de seguro médico para niños en relación con la cobertura de este plan, es posible que pueda inscribirse e inscribir a sus dependientes en este plan. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la determinación de su elegibilidad o la de sus dependientes para dicha asistencia.

Para solicitar una inscripción especial u obtener más información sobre las cláusulas de inscripción especial del plan, comuníquese con Servicios Compartidos al 303.871.7420 o benefits@du.edu.

Advertencia Importante

Si rechaza la inscripción para sí mismo o un dependiente elegible, debe completar nuestro formulario para rechazar la cobertura. En el formulario, debe indicar que la cobertura de otro plan de salud grupal u otra cobertura de seguro de salud (incluidos Medicaid o un programa estatal de seguro de salud para niños) es el motivo por el que rechaza la inscripción y debe identificar dicha cobertura. Si no completa el formulario, usted y sus dependientes no podrán acceder a los derechos especiales de inscripción tras la pérdida de otra cobertura como se describió anteriormente, pero usted seguirá teniendo derechos especiales de inscripción cuando tenga un nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o acuerdo de adopción, o si obtiene la elegibilidad para un subsidio estatal de asistencia para pagar las primas de parte de Medicaid o a través de un programa estatal de seguro médico para niños en relación con la cobertura de este plan, como se describió anteriormente. Si no obtiene derechos especiales de inscripción por la pérdida de otra cobertura, no puede inscribirse ni inscribir a sus dependientes en el plan en ningún momento que no sea el período anual de inscripción abierta del plan, a menos que se apliquen derechos especiales de inscripción debido a un nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción, o acuerdo de adopción, o en virtud de obtener la elegibilidad para un subsidio estatal de asistencia para las primas de Medicaid o a través de un programa estatal de seguro médico para niños en relación con la cobertura de este plan.

Recordatorio del Aviso de Prácticas de Privacidad de la Ley HIPAA

Protección de sus Derechos de Privacidad de la Información de Salud
La Universidad de Denver está comprometida con la privacidad de su información de salud. Los administradores del Plan de Salud de la Universidad de Denver (el "Plan") se rigen por estrictas normas de privacidad para proteger su información de salud contra el uso o la divulgación no autorizados.

Las políticas del Plan que protegen sus derechos de privacidad y sus otros derechos en virtud de la ley se describen en el Aviso de Prácticas de Privacidad del Plan. Puede solicitar una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad comunicándose con Servicios Compartidos al 303.871.7420 o benefits@du.edu.

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

Si ha tenido o va a someterse a una mastectomía, es posible que tenga derecho a ciertos beneficios según la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998 (“Ley WHCRA”). Para las personas que reciben beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se brindará de la manera determinada en consulta con el médico tratante y el paciente para lo siguiente:

- Todas las etapas de reconstrucción de la mama que pasó por la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para lograr una apariencia simétrica;
- Prótesis, y
- Tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema.

Estos beneficios se brindarán sujetos a los mismos deducibles y coseguros que se aplican a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados por el plan. Por lo tanto, se aplican los siguientes deducibles y coseguros:

Plan 1: Plan de Copago (Individual: 20 % de coseguro y \$0 de deducible; Familiar: 20 % de coseguro y \$0 de deducible)

Plan 2: Plan HDHP (Individual: 20 % de coseguro y \$1,500 de deducible; Familiar: 20 % de coseguro y \$3,000 de deducible)

Si desea obtener más información sobre los beneficios de la Ley WHCRA, llame a Servicios Compartidos al 303.871.7420 o benefits@du.edu.

Ley de Protección de la Salud del Recién Nacido y de la Madre

Los planes de salud de grupo y las entidades emisoras de seguros de salud generalmente no pueden, según la ley federal, restringir los beneficios por la duración de la hospitalización relacionada con el parto de la madre o del recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal o menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe que el proveedor tratante de la madre o del recién nacido, después de consultar con la madre, dé de alta a la madre o al recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, los planes y las entidades emisoras no pueden, según la ley federal, exigir que un proveedor obtenga la autorización del plan o del emisor del seguro para recetar una hospitalización con una duración que no supere las 48 horas (o 96 horas).

Ley de Derechos de Empleo y Reemplazo de Servicios Uniformados (USERRA)

La Ley de Derechos de Empleo y Reemplazo de los Servicios Uniformados (USERRA, por sus siglas en inglés) se promulgó en 1994 después de la acción militar de EE. UU. en el golfo Pérsico. La Ley USERRA prohíbe la discriminación contra personas sobre la base de la membresía en los servicios uniformados en relación con cualquier aspecto del empleo. Desde su promulgación, la Ley USERRA ha sido modificada y expandida por leyes federales adicionales, como la Ley de Mejora de Beneficios para Veteranos del 2008 (Ley del 2008). Comuníquese con Recursos Humanos para obtener detalles adicionales sobre la Ley USERRA.

Ley de Paridad en la Salud Mental e Igualdad en la Adicción del 2008 (“Ley de Wellstone”)

Conforme a la Ley Wellstone, los planes de salud para grupos grandes (es decir, los empleadores que emplean 51 o más empleados) que eligen ofrecer beneficios de salud mental y abuso de sustancias en virtud de su plan de salud no tienen permitido establecer límites anuales o de por vida en dólares, así como tampoco límites de visitas al consultorio o de días de internación para los beneficios de salud mental y abuso de sustancias que sean inferiores a cualquier otro límite impuesto por el plan médico para otros beneficios médicos y quirúrgicos. Además, el plan de salud grupal debe proporcionar la misma cobertura fuera de la red para los beneficios de salud mental y abuso de sustancias que para los beneficios médicos y quirúrgicos fuera de la red.

Sus Derechos y Protecciones contra Facturas Médicas Sorpresa

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.

¿Qué es la “facturación del saldo” (a veces llamada “facturación sorpresa”)?

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

“Fuera de la red” equivale a los proveedores y centros que no han firmado un contrato con su plan de salud. Los proveedores fuera de la red pueden tener permitido facturarle la diferencia entre lo que su plan acordó pagar y el monto total cobrado por un servicio. Esto se denomina “**facturación del saldo**”. Es probable que este monto sea mayor que los costos dentro de la red para el mismo servicio y puede que no se tenga en cuenta para su límite anual de gastos de bolsillo.

La “facturación sorpresa” es una facturación del saldo inesperada. Esto puede suceder cuando no puede controlar quién está involucrado en su atención, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una visita en un centro dentro de la red, pero recibe un tratamiento inesperado de un proveedor fuera de la red.

Está protegido de la facturación del saldo en los siguientes casos:

Servicios de emergencia

Si tiene una afección médica de emergencia y recibe servicios de emergencia de un proveedor o centro fuera de la red, lo máximo que el proveedor o centro puede facturar es el monto de distribución de costos dentro de la red de su plan (como copagos y coseguro). No se le puede cobrar la facturación del saldo por estos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que podría recibir después de estar estable, a menos que otorgue su consentimiento por escrito y renuncie a las protecciones de no facturación del saldo de estos servicios posteriores a la estabilización.

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, puede que algunos proveedores no pertenezcan a la red. En estos casos, el máximo que esos proveedores pueden facturarle es el monto de distribución de costos dentro de la red de su plan. Esto se aplica a medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, cirujano auxiliar, médico de hospital o servicios del intensivista. Estos proveedores no pueden cobrarle más de lo acordado ni pedirle que renuncie a sus protecciones contra la facturación del saldo.

Si recibe otros servicios en estos centros dentro de la red, los proveedores fuera de la red no pueden facturarle el saldo, a menos que otorgue su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones.

Nunca estará obligado a renunciar a sus protecciones contra la facturación del saldo. Tampoco está obligado a recibir atención fuera de la red. Puede elegir un proveedor o centro que esté dentro de la red de su plan.

Cuando no se permite la facturación del saldo, también cuenta con las siguientes protecciones:

- Solo es responsable de pagar su parte del costo (como los copagos, el coseguro y los deducibles que pagaría si el proveedor o el centro estuviera dentro de la red). Su plan de salud pagará directamente a los proveedores y centros fuera de la red.

Por lo general, su plan de salud debe cumplir con lo siguiente:

- Cubrir los servicios de emergencia sin exigir que usted obtenga la aprobación por adelantado de los servicios (autorización previa).
- Cubrir los servicios de emergencia prestados por proveedores fuera de la red.
- Calcular lo que usted le debe al proveedor o centro (distribución de costos) según lo que le pagaría a un proveedor o centro de la red y mostrarle ese monto en su explicación de beneficios.
- Contabilizar cualquier monto que pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red en relación con el deducible y límite de gastos de bolsillo.

Si cree que le han cobrado incorrectamente, puede comunicarse con el 1-800-985-3059.

Para Colorado, visite doi.colorado.gov.

Visite www.cms.gov/nosurprises/consumer para obtener más información sobre sus derechos según la ley federal.

Visite www.doi.colorado.gov para obtener más información sobre sus derechos en virtud de las leyes de Colorado.

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

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o el CHIP y usted es elegible para la cobertura médica de su empleador, es posible que su estado tenga un programa de asistencia de primas que puede ayudar a pagar la cobertura, mediante el uso de los fondos de sus programas de Medicaid o el CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o el CHIP, no será elegible para estos programas de asistencia de primas, pero es posible que pueda comprar cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros de Salud. Para obtener más información, visite www.healthcare.gov.

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

Si usted o sus dependientes NO están actualmente inscritos en Medicaid o el CHIP, y cree que usted o alguno de sus dependientes podría ser elegible para uno de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o el CHIP de su estado o marque 1-877-KIDS NOW o visite www.insurekidsnow.gov para averiguar cómo presentar la solicitud. Si reúne los requisitos, pregunte a su estado si tiene un programa que podría ayudarlo a pagar las primas de un plan patrocinado por un empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir asistencia de primas de Medicaid o el CHIP, además de ser elegibles según el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan de su empleador si aún no está inscrito. Esto se denomina una oportunidad de “inscripción especial” y **se debe solicitar la cobertura dentro de 60 días tras ser elegible para la asistencia de primas**. Si tiene alguna pregunta sobre cómo inscribirse en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo al www.askebsa.dol.gov o llame al 1-866-444-EBSA (3272).

Si usted vive en uno de los siguientes estados, puede ser elegible para recibir asistencia para pagar las primas del plan de salud del empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de enero del 2022. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad:

ALABAMA: Medicaid	CALIFORNIA: Medicaid
Sitio web: http://myalhipp.com/ Teléfono: 1-855-692-5447	Sitio web: Programa de Pago de Primas de Seguro de Salud (HIPP) http://dhcs.ca.gov/hipp Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov
ALASKA: Medicaid	COLORADO: Health First Colorado (programa de Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)
Programa de Pago de Primas del Seguro de Salud de AK Sitio web: http://myakhipp.com/ Teléfono: 1-866-251-4861 Correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad para Medicaid: http://dhss.alaska.gov/dpa/Pages/mcicaid/default.aspx	Sitio web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/ Centro de contacto para miembros de Health First Colorado: 1-800-221-3943, Servicio de relevo estatal 711 CHP+: https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus Servicio al Cliente de CHP+: 1-800-359-1991, Servicio de relevo estatal 711 Health Insurance Buy-In Program (HIBI) https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/health-insurance-buy-program Servicio al cliente de HIBI: 1-855-692-6442
ARKANSAS: Medicaid	FLORIDA: Medicaid
Sitio web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Sitio web: https://flmedicaidplrecovery.com/flmedicaidplrecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268

GEORGIA: Medicaid	MAINE: Medicaid
<p>Sitio web de HIPP de A: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162, presione 1 Sitio web de CHIPRA de GA: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Teléfono: (678) 564-1162, presione 2</p>	<p>Sitio web de inscripción: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Servicio de relevo 711 de Maine Sitio web de la prima del seguro médico privado: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: (800) 977-6740 TTY: Servicio de relevo 711 de Maine</p>
INDIANA: Medicaid	Massachusetts: Medicaid y CHIP
<p>Plan Healthy Indiana para adultos de bajos ingresos 19-64 Sitio web: http://www.in.gov/fssa/hip/ Teléfono: 1-(877) 438-4479 Todos los demás Medicaid Sitio web: https://www.in.gov/medicaid/ Teléfono 1-(800) 457-4584</p>	<p>Sitio web: https://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840</p>
IOWA: Medicaid y CHIP (Hawki)	MINNESOTA: Medicaid
<p>Sitio web de Medicaid: http://dhs.iowa.gov/ime/members Teléfono de Medicaid: 1-(800) 338-8366 Sitio web de Hawki: http://dhs.iowa.gov/Hawki Teléfono de Hawki: 1-(800) 257-8563 Sitio web de HIPP: https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp Teléfono de HIPP: 1-888-346-9562</p>	<p>Sitio web: http://mn.gov/dhs/people-we-serve/seniors/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp Teléfono: (800) 657-3739</p>
KANSAS: Medicaid	MISURI: Medicaid
<p>Sitio web: https://www.kancare.ks.gov/ Teléfono: (800) 792-4884</p>	<p>Sitio web: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: (573) 751-2005</p>
KENTUCKY: Medicaid	MONTANA: Medicaid
<p>Programa de Pago de Primas del Seguro de Salud Integrado de Kentucky (KI-HIPP) Sitio web: https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Teléfono: 1-855-459-6328 Correo electrónico: KIHIPPPROGRAM@ky.gov Sitio web de KCHIP: https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-877-524-4718 Sitio web de Medicaid de Kentucky: https://chfs.ky.gov</p>	<p>Sitio web: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-(800) 694-3084</p>
LUISIANA: Medicaid	NEBRASKA: Medicaid
<p>Sitio web: www.medicicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)</p>	<p>Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: (855) 632-7633 Lincoln: (402) 473-7000 Omaha: (402) 595-1178</p>

NEVADA: Medicaid	CAROLINA DEL SUR: Medicaid
Sitio web de Medicaid: http://dhcfnv.gov Teléfono de Medicaid: 1-(800) 992-0900	Sitio web: http://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-(888) 549-0820
NUEVO HAMPSHIRE: Medicaid	DAKOTA DEL SUR: Medicaid
Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/oii/hipp.htm Teléfono: (603) 271-5218 Número gratuito para el programa HIPP: (800) 852-3345 ext. 5218	Sitio web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-(888) 828-0059
NUEVA JERSEY: Medicaid y CHIP	TEXAS: Medicaid
Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/mcicaid/ Teléfono de Medicaid: (609) 631-2392 Sitio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono del CHIP: 1-(800) 701-0710	Sitio web: http://gethipptexas.com/ Teléfono: 1-(800) 440-0493
NUEVA YORK: Medicaid	UTAH: Medicaid y CHIP
Sitio web: http://www.health.ny.gov/health_care/mcicaid/ Teléfono: (800) 541-2831	Sitio web de Medicaid: http://medicaid.utah.gov/ Sitio web de CHIP: http://health.utah.gov/chip Teléfono: 1-(877) 543-7669
CAROLINA DEL NORTE: Medicaid	VERMONT: Medicaid
Sitio web: http://medicaid.ncdhhs.gov/ Teléfono: (919) 855-4100	Sitio web: http://www.greenmountaincare.org/ Teléfono: 1-(800) 250-8427
DAKOTA DEL NORTE: Medicaid	VIRGINIA: Medicaid y CHIP
Sitio web: http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/mcicaid/ Teléfono: 1-(844) 854-4825	Sitio web: https://www.coverva.org/en/hipp https://www.coverva.org/en/famis-select Teléfono de Medicaid: 1-(800) 432-5924 Teléfono de CHIP: 1-(800) 432-5924
OKLAHOMA: Medicaid y CHIP	WASHINGTON: Medicaid
Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-(888) 365-3742	Sitio web: https://www.hca.wa.gov/ Teléfono: 1-(800) 562-3022
OREGÓN: Medicaid	VIRGINIA OCCIDENTAL: Medicaid
Sitio web: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx http://www.oregonhealthcare.gov/index-es.html Teléfono: 1-(800) 699-9075	Sitio web: http://mywvhipp.com/ http://dhhr.wv.gov/bms/ Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 Teléfono gratuito del CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)
PENSILVANIA: Medicaid	WISCONSIN: Medicaid
Sitio web: http://www.dhs.pa.gov/providers/Providers/Pages/Medical/HIPP-Program.aspx Teléfono: 1-(800) 692-7462	Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-(800) 362-3002
RHODE ISLAND: Medicaid y CHIP	WYOMING: Medicaid
Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 1-(855) 697-4347 o (401) 462-0311 (Línea Directa de Rite Share)	Sitio web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/mcicaid/programs-and-eligibility/ Teléfono: 1-(800) 251-1269

Para saber si algún otro estado ha agregado un programa de asistencia para el pago de primas desde el 31 de enero del 2022, o para obtener más información sobre los derechos especiales de inscripción, comuníquese con cualquiera de las opciones que se indican a continuación:

Departamento de Trabajo de los Estados Unidos
Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados
www.dol.gov/agencias/ebsa
866.444.EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.
Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
www.cms.hhs.gov
877.267.2323, opción de menú 4, ext. 61565

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Pub. L. 104-13) (PRA), ninguna persona está obligada a responder a un registro de información, a menos que dicho registro muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El Departamento señala que un organismo federal no puede realizar ni patrocinar un registro de información, a menos que sea aprobado por la OMB según la PRA y muestre un número de control de la OMB actualmente válido. Además, el público no está obligado a responder a un registro de información, a menos que muestre un número de control de la OMB válido actualmente. Consulte 44 U.S.C. 3507. Además, sin perjuicio de cualquier otra disposición de la ley, ninguna persona estará sujeta a una penalización por no cumplir con un registro de información si este no muestra un número de control de la OMB actualmente válido. Consulte 44 U.S.C. 3512.

Se calcula que la carga informativa pública para este registro de información es de un promedio de aproximadamente siete minutos por encuestado. Se alienta a las partes interesadas a enviar comentarios sobre la estimación de la carga o cualquier otro aspecto de este registro de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, al Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, la Administración de Seguridad de los Beneficios para los Empleados, la Oficina de Pólizas e Investigación, Atención: Oficial de autorización de la PRA, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210 o correo electrónico ebsa.opr@dol.gov y referencia al número de control de la OMB 1210-0137.

Número de control de la OMB 1210-0137 (vence el 31 de enero del 2023)

Ley de Imparcialidad para Trabajadoras Embarazadas C.R.S. § 24-34-402.3

En virtud de la Ley de Imparcialidad para Trabajadoras Embarazadas, es una práctica laboral discriminatoria o injusta que un empleador no proporcione las adaptaciones razonables para una solicitante o empleada que está embarazada, se recupera físicamente del parto o de una afección relacionada.

Requisitos:

En virtud de la Ley, si una solicitante o empleada que está embarazada o tiene una afección relacionada con el embarazo o el parto solicita una adaptación, el empleador debe participar en el proceso interactivo con la solicitante o empleada y proporcionar una adaptación razonable para que pueda desempeñar las funciones esenciales de su cargo, a menos que la adaptación imponga una inconveniencia excesiva en el negocio del empleador.

La Ley identifica las adaptaciones razonables como, por ejemplo, las siguientes:

- brindar períodos de descanso más frecuentes o más largos;
- descansos más frecuentes para ir al baño, comer y beber agua;
- adquisición o modificación de equipos o asientos;
- limitaciones respecto del levantamiento de carga;
- traslado temporal a una posición menos extenuante o peligrosa, si está disponible, con regreso a la posición actual después del embarazo;
- reestructuración laboral;
- trabajo ligero, si está disponible;
- asistencia con el trabajo manual o modificación del horario de trabajo.

La Ley prohíbe que se exija a una solicitante o empleada aceptar una adaptación que no ha solicitado o no es necesaria para que la solicitante o empleada desempeñe las funciones esenciales del trabajo.

Alcance de las adaptaciones obligatorias:

Una adaptación se considera no razonable si el empleador tiene que contratar nuevos empleados que, de otro modo, no habría contratado, despedir a un empleado, transferir a otro empleado con más antigüedad, ascender a otro empleado que no está calificado para realizar el nuevo trabajo, crear un nuevo puesto para la empleada o proporcionarle una licencia remunerada a la empleada que supera lo que se proporciona a los empleados en una situación similar.

En virtud de la Ley, una adaptación razonable no debe suponer una “inconveniencia excesiva” para el empleador. Las inconveniencias excesivas se refieren a una acción que supone una dificultad o gasto significativo para el empleador. Se consideran los siguientes factores para determinar si el empleador tiene inconveniencias excesivas:

- la naturaleza y el costo de la adaptación;
- los recursos financieros generales del empleador;
- el tamaño general del negocio del empleador;
- el efecto de la adaptación en los gastos y recursos o su efecto en las operaciones del empleador;

Si el empleador ha proporcionado una adaptación similar a otras clases de empleados, la Ley estipula que existe una suposición refutable de que la adaptación no impone una inconveniencia excesiva.

Prohibición de represalias:

La Ley prohíbe a un empleador tomar medidas adversas contra una empleada que solicite o utilice una adaptación razonable y denegar oportunidades de empleo a una postulante o empleada en función de la necesidad de hacer una adaptación razonable.

Aviso General de COBRA

Modelo de Aviso General de los Derechos de Continuidad de Cobertura en Virtud de la Ley COBRA (Para uso de los planes de salud grupal de un solo empleador)

**** Continuidad de Cobertura en Virtud de la Ley COBRA ****

Introducción

El motivo por el cual recibe este aviso es porque recientemente obtuvo la cobertura de un plan de salud grupal (el Plan). Este aviso contiene información importante sobre su derecho a la continuación de la cobertura en virtud de la Ley COBRA, que es una extensión temporal de la cobertura del Plan. **En este aviso, se explica la continuación de la cobertura en virtud de la Ley COBRA, cuándo puede estar disponible para usted y su familia, y qué debe hacer para proteger su derecho a obtenerla.** Cuando pasa a ser elegible para la Ley COBRA, también puede ser elegible para otras opciones de cobertura que pueden costar menos que la continuación de la cobertura de conformidad con esta ley.

El derecho a la continuación de la cobertura en virtud de la Ley COBRA fue creado mediante una ley federal, la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (del inglés Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA). La continuación de la cobertura según la Ley COBRA puede estar disponible para usted y otros miembros de su familia cuando, de otro modo, la cobertura médica de grupo terminaría. Para obtener más información sobre sus derechos y obligaciones en virtud del Plan y la ley federal, debe revisar la Descripción Resumida del Plan o comunicarse con el Administrador del Plan.

Es posible que tenga otras opciones disponibles cuando pierda la cobertura médica grupal. 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 calificar para menores costos de primas mensuales y de bolsillo. Además, puede calificar para un período de inscripción especial de 30 días en otro plan de salud grupal para el que sea elegible (como el plan de un cónyuge o pareja), incluso si ese plan generalmente no acepta inscripciones tardías.

¿Qué es la continuación de cobertura en virtud de la Ley COBRA?

La continuación de la cobertura en virtud de la Ley COBRA es una continuación de la cobertura del plan cuando, de otro modo, finalizaría debido a un evento de la vida. Esto también se denomina “evento calificado”. Los eventos calificados específicos se muestran en una lista más adelante en este aviso. Después de un evento calificado, se debe ofrecer la continuación de la cobertura en virtud de la Ley COBRA a cada persona que sea un “beneficiario calificado”. Usted, su cónyuge o pareja y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios calificados si la cobertura del Plan se pierde debido al evento calificado. De conformidad con el Plan, los beneficiarios calificados que eligen la continuación de la cobertura en virtud de la Ley COBRA deben pagar por ella.

Si usted es un empleado, se convertirá en un beneficiario calificado si pierde la cobertura del Plan debido a los siguientes eventos calificados:

- Sus horas de empleo se reducen, o
- Su empleo finaliza por cualquier motivo que no sea una falta grave de su parte.

Si usted es el cónyuge o pareja de un empleado, se convertirá en un beneficiario calificado si pierde la cobertura del Plan debido a los siguientes eventos calificados:

- Muerte de su cónyuge o pareja;
- Se reducen las horas de empleo de su cónyuge o pareja;
- El empleo de su cónyuge o pareja finaliza por cualquier razón que no sea una falta grave de su parte;
- Su cónyuge o pareja tiene derecho a los beneficios de Medicare (en virtud de la Parte A, la Parte B o ambas), o
- Usted se divorcia o separa legalmente de su cónyuge o pareja.

Sus hijos dependientes se convertirán en beneficiarios calificados si pierden la cobertura del Plan debido a los siguientes eventos calificados:

- El padre empleado muere;
- Se reducen las horas de empleo del padre empleado;
- El empleo del padre empleado finaliza por cualquier razón que no sea una falta grave de su parte;
- El padre empleado tiene derecho a los beneficios de Medicare (en virtud de la Parte A, la Parte B o ambas);
- Los padres se divorcian o separan legalmente, o
- El hijo deja de ser elegible para la cobertura del Plan como “hijo dependiente”.

¿Cuándo está disponible la continuación de la cobertura en virtud de la Ley COBRA?

El Plan ofrecerá la continuación de la cobertura en virtud de la Ley COBRA a los beneficiarios calificados solo después de que se haya notificado al Administrador del Plan que ha ocurrido un evento calificado. El empleador debe notificar al Administrador del Plan sobre los siguientes eventos calificados:

- El fin del empleo o la reducción de las horas de trabajo;
- Muerte del empleado, o
- El empleado tiene derecho a los beneficios de Medicare (en virtud de la Parte A, la Parte B o ambas).

Para todos los demás eventos calificados (divorcio o separación legal del empleado y del cónyuge o pareja, o la pérdida de la elegibilidad para la cobertura de un hijo dependiente), debe notificar al Administrador del Plan dentro de los 60 días posteriores a que ocurra el evento calificado. Debe enviar esta notificación a: Jerron Lowe.

¿Cómo se proporciona la continuación de la cobertura en virtud de la Ley COBRA?

Una vez que el Administrador del Plan reciba el aviso de que ha ocurrido un evento calificado, se ofrecerá la continuación de la cobertura en virtud de la Ley COBRA a cada uno de los beneficiarios calificados. Cada beneficiario calificado tendrá un derecho independiente a elegir la continuación de la cobertura de conformidad con la Ley COBRA. Los empleados cubiertos pueden elegir la continuación de la cobertura en virtud de la Ley COBRA en nombre de sus cónyuges o parejas, y los padres pueden elegir la continuación de la cobertura en nombre de sus hijos.

La continuación de la cobertura en virtud de la Ley COBRA es una continuación temporal de la cobertura que generalmente dura 18 meses debido a la finalización del empleo o la reducción de las horas de trabajo. Ciertos eventos calificados, o un segundo evento calificado durante el período inicial de cobertura, pueden permitir que un beneficiario reciba un máximo de 36 meses de cobertura.

También hay formas en las que este período de 18 meses de continuación de la cobertura en virtud de la Ley COBRA puede extenderse:

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

Si la Seguridad Social determina que usted o un familiar cubierto por el Plan es discapacitado, y usted notifica al Administrador del Plan de manera oportuna, usted y toda su familia pueden tener derecho a obtener hasta 11 meses adicionales de continuación de la cobertura de conformidad con la Ley COBRA por un máximo de 29 meses. La discapacidad tendría que haber comenzado en algún momento antes del día 60 de la continuación de la cobertura en virtud de la Ley COBRA y debe durar, al menos, hasta el final del período de 18 meses de dicha continuación de cobertura.

Segunda extensión del evento calificado del período de continuación de la cobertura de 18 meses

Si su familia experimenta otro acontecimiento calificado durante los 18 meses de continuación de la cobertura en virtud de la Ley COBRA, el cónyuge o pareja y los hijos dependientes de su familia pueden obtener hasta 18 meses adicionales de continuación de la cobertura en virtud de la Ley COBRA, por un máximo de 36 meses, si el Plan recibe una notificación adecuada sobre el segundo evento calificado. Esta extensión puede estar disponible para el cónyuge o pareja y cualquier hijo dependiente que reciba la continuación de la cobertura de conformidad con la Ley COBRA si el empleado o exempleado muere; tiene derecho a los beneficios de Medicare (en virtud de la Parte A, la Parte B o ambas); se divorcia o separa legalmente, o si el hijo dependiente deja de ser elegible según el Plan como hijo dependiente. Esta extensión solo estará disponible si el segundo evento calificado hubiera causado que el cónyuge, pareja o hijo dependiente perdiera la cobertura del Plan si el primer evento calificado no hubiera ocurrido.

¿Hay otras opciones de cobertura además de la continuación de cobertura en virtud de la Ley COBRA?

Sí. En lugar de inscribirse en la continuación de la cobertura en virtud de la Ley 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 Médico para Niños (CHIP) u otras opciones de cobertura del plan de salud grupal (como el plan del cónyuge o pareja) a través de lo que se denomina “período de inscripción especial”. Algunas de estas opciones pueden costar menos que la continuación de la cobertura en virtud de la Ley COBRA. Puede obtener más información sobre muchas de estas opciones en www.healthcare.gov/.

¿Puedo inscribirme en Medicare, en lugar de optar a la continuación de la cobertura en virtud de la Ley COBRA, después de que finalice 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 está empleado, después del período de inscripción inicial de Medicare, tiene un período¹ de inscripción especial de 8 meses para inscribirse en Medicare Parte A o B, a partir de

- El mes después de la finalización de su empleo, o
- El mes después de la finalización de la cobertura del plan de salud grupal del empleo actual.

Si no se inscribe en Medicare y elige optar a la continuación de la cobertura en virtud de la Ley COBRA, puede que deba pagar una multa por inscripción tardía en la Parte B y que tenga una brecha en la cobertura si decide más adelante que quiere inscribirse en la Parte B. Si elige la continuación de la cobertura en virtud de la Ley COBRA y, luego, se inscribe en Medicare Parte A o B antes de que finalice la continuación de dicha cobertura, el Plan puede finalizar la continuación de la cobertura. Sin embargo, si Medicare Parte A o B entra en vigor a partir de la fecha de la elección de la continuación de la cobertura de la Ley COBRA o antes, la cobertura en virtud de la Ley COBRA no puede interrumpirse, de conformidad con los derechos de Medicare, incluso si usted se inscribe en la otra parte de Medicare después de la fecha de elección de la cobertura de la Ley COBRA.

Si está inscrito tanto en la continuación de la cobertura en virtud de la Ley COBRA como en Medicare, generalmente Medicare pagará primero (pagador primario), y la continuación de la cobertura de la Ley COBRA pagará en segundo lugar. Ciertos planes podrían actuar como pagadores secundarios de Medicare, incluso si no está inscrito en Medicare.

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

Si tiene preguntas

Debe dirigir las preguntas relacionadas con su Plan o sus derechos de continuación de cobertura en virtud de la Ley COBRA a los contactos que se identifican a continuación. Para obtener más información sobre sus derechos en virtud de la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación para Empleados (ERISA, por sus siglas en inglés), incluida la Ley COBRA, la Ley de Protección al Paciente y Atención Accesible, y otras leyes que afectan a los planes de salud grupales, comuníquese con la Oficina Regional o Distrital más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (EBSA, por sus siglas en inglés) del Departamento de Trabajo de EE. UU. en su área o visite www.dol.gov/ebsa. (Las direcciones y los números de teléfono de las Oficinas Regionales y Distritales de la EBSA están disponibles en el sitio web de la EBSA). Para obtener más información sobre el Mercado de Seguros de Salud, visite www.healthcare.gov.

Mantenga informado a su Plan sobre los cambios de dirección

Para proteger los derechos de su familia, informe al Administrador del Plan sobre cualquier cambio en las direcciones de los miembros de la familia. También debe conservar una copia, en sus registros, de cualquier aviso que envíe al Administrador del Plan.

Información de contacto del Plan

Universidad de Denver
Servicios Compartidos
2199 S. University Blvd.
Denver, Colorado 80208
Estados Unidos
303.871.7420

¹<https://www.medicare.gov/sign-up-change-plans/how-do-i-get-parts-a-b/part-a-part-b-sign-up-periods>

Aviso de Cobertura Acreditable

Aviso Importante de la Universidad de Denver Acercas de su Cobertura de Medicamentos Recetados y Medicare

Lea este aviso minuciosamente y manténgalo en un lugar que recuerde. Este aviso contiene información sobre la cobertura actual de medicamentos con receta de la Universidad de Denver y sobre sus opciones en virtud de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Esta información puede ayudarlo a decidir si desea o no inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si está considerando inscribirse, debe comparar su cobertura actual, incluido qué medicamentos están cubiertos a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su área. Al final de este aviso, encontrará información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones acerca de su cobertura de medicamentos recetados.

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

1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare se creó en el 2006 para todas las personas con Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si se une a un Plan de Medicamentos recetados de Medicare o se une a un Plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) que ofrezca cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare proporcionan al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
2. La Universidad de Denver ha determinado que se espera que, en general, para todos los participantes del plan, la cobertura de medicamentos recetados ofrecida por el plan médico pague tanto como paga la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y, por lo tanto, se considera una Cobertura Acreditable. Debido a que su cobertura existente es Cobertura Acreditable, puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una sanción) si luego decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

¿Cuándo Puede Inscribirse en un Plan de Medicamentos de Medicare?

Puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare cuando sea elegible para Medicare por primera vez y cada año desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

Sin embargo, si pierde su actual cobertura acreditable de medicamentos recetados, sin culpa suya, también podrá ser elegible para un SEP (del inglés Special Enrollment Period, Periodo especial de inscripción) de dos (2) meses para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

¿Qué Ocurre con su Cobertura Actual si Decide Inscribirse en un Plan de Medicamentos de Medicare?

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, la cobertura actual de la Universidad de Denver no se verá afectada. Consulte la información que brindamos a continuación para comprender qué sucede con su cobertura actual si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Su cobertura actual cubre el pago de otros gastos de salud además de los medicamentos recetados. Si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare, usted y sus dependientes aún puede recibir todos sus beneficios actuales de salud y medicamentos recetados.

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y renunciar a su cobertura actual de la Universidad de Denver, tenga en cuenta que usted y sus dependientes podrán recuperar esta cobertura durante el período de inscripción anual en el Plan de Salud y Bienestar de la Universidad de Denver.

¿Cuándo Pagará una Prima Más Alta (sanción) para Inscribirse en un Plan de Medicamentos de Medicare?

También debe saber que si pierde o renuncia a la cobertura actual de la Universidad de Denver y no se une a un plan de medicamentos de Medicare dentro de un período de 63 días corridos a partir de la finalización de su cobertura, deberá pagar una prima más alta (sanción) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más tarde.

Una vez transcurrido el período de 63 días continuos sin cobertura acreditable de medicamentos recetados, su prima mensual puede aumentar por lo menos en un 1 % de la prima mensual del beneficiario base de Medicare por cada mes que no tenga esa cobertura. Por ejemplo, si usted pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima puede ser, de manera consistente, al menos un 19 % más alta que la prima del beneficiario base de Medicare. Es posible que tenga que pagar esta prima más alta (sanción) siempre que tenga cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que tenga que esperar hasta el siguiente mes de octubre para unirse.

Para Obtener Más Información sobre este Aviso o su Cobertura Actual de Medicamentos Recetados...

Comuníquese con la persona indicada a continuación para obtener más información. **NOTA:** Recibirá este aviso todos los años. También lo recibirá antes del próximo período en que pueda inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y si cambia esta cobertura de la Universidad de Denver. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para Obtener Más Información sobre sus Opciones de la Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare...

En el manual “Medicare y usted”, encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados. Cada año recibirá una copia del manual por correo de parte de Medicare. También es posible que agentes de los planes de medicamentos de Medicare se comuniquen directamente con usted.

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

- Visite www.medicare.gov
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia de Seguro de Salud (vea la contraportada interna de su copia del manual “Medicare y usted” para obtener el número de teléfono) con el fin de obtener ayuda personalizada.
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Si es usuario de TTY, llame al 1-877-486-2048.

Si tiene ingresos y recursos limitados, hay ayuda adicional disponible para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Para obtener información acerca de esta ayuda adicional, visite el sitio web de la Seguridad Social en www.socialsecurity.gov o llame al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Recuerde: Mantenga este aviso de Cobertura Acreditable. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que se le exija que proporcione una copia de este aviso cuando se inscriba para demostrar si ha mantenido o no cobertura acreditable y, por lo tanto, si se requiere pagar una prima más alta (una sanción) o no.

Fecha: 1 de julio del 2022
Nombre de la Entidad/Remitente: Universidad de Denver
Cargo u Oficina del Contacto: Servicios Compartidos
Dirección de la Oficina: 2199 S. University Blvd.
Denver, Colorado 80208
Estados Unidos
Número de Teléfono: 303.871.7420

Aviso del Mercado

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

PARTE A: Información General

Cuando las partes clave de la ley de atención médica entren en vigor en el 2014, habrá una nueva manera de comprar un seguro médico: el Mercado de Seguros de Salud. Con el fin de ayudarlo a evaluar las opciones para usted y su familia, en este aviso se proporciona información básica sobre el nuevo Mercado de Seguros de Salud y la cobertura médica para empleados que ofrece su empleador.

¿Qué es el Mercado de Seguros de Salud?

El Mercado de Seguros de Salud está diseñado para ayudarlo a encontrar un seguro médico que satisfaga sus necesidades y se adapte a su presupuesto. El Mercado ofrece un lugar centralizado para realizar la compra de seguros, a fin de que pueda encontrar y comparar las opciones de seguro médico privado. También puede ser elegible para un nuevo tipo de crédito fiscal que reduce su prima mensual de inmediato. La inscripción abierta en la cobertura de un seguro médico a través del Mercado comienza en octubre del 2013 para las coberturas que entran en vigor el 1 de enero del 2014.

¿Puedo Ahorrar Dinero en Mis Primas de Seguro Médico Comprando en el Mercado?

Puede calificar para ahorrar dinero y reducir su prima mensual, pero solo si su empleador no ofrece cobertura u ofrece una cobertura que no cumple con ciertos estándares. Los ahorros en la prima para los que es elegible dependen de los ingresos de su hogar.

¿La Cobertura Médica del Empleador Afecta la Elegibilidad para el Ahorro de Primas a través del Mercado?

Sí. Si tiene una oferta de cobertura médica de su empleador que cumple con ciertos estándares, no podrá obtener un crédito fiscal a través del Mercado, y le recomendamos que se inscriba en el plan de salud de su empleador. Sin embargo, puede ser elegible para un crédito fiscal que reduce su prima mensual o una reducción en ciertos costos compartidos si su empleador no le ofrece cobertura total o no ofrece una cobertura que cumpla con ciertos estándares. Si el costo de un plan de su empleador a cuya cobertura podría optar solo usted (y ningún otro miembro de su familia) es superior al 9.5 % de sus ingresos familiares anuales, o si la cobertura que su empleador ofrece no cumple con la norma de "valor mínimo" establecida por la Ley de Atención Médica Asequible, puede ser elegible para un crédito fiscal.²

Nota: Si compra un plan médico a través del Mercado de Seguros de Salud en lugar de aceptar la cobertura médica que ofrece su empleador, puede perder la contribución del empleador (si la hubiera) a la cobertura ofrecida por él. Además, esta contribución del empleador, así como la contribución del empleado a la cobertura ofrecida por el empleador, a menudo se excluye de los ingresos para fines de impuestos sobre la renta federales y estatales. Los pagos de cobertura a través del Mercado se realizan después del cobro de los impuestos.

¿Cómo Puedo Obtener Más Información?

Para obtener más información acerca de la cobertura que ofrece su empleador, consulte la descripción resumida del plan o comuníquese con Jerron Lowe.

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

PARTE B: Información sobre la Cobertura Médica que Ofrece Su Empleador

Esta sección contiene información sobre cualquier cobertura médica que ofrezca su empleador. Si decide completar una solicitud de cobertura en el Mercado de Seguros de Salud, se le solicitará que proporcione esta información. Esta información está numerada para corresponder con la solicitud del Mercado.

3. Nombre del empleador Universidad de Denver		4. Número de Identificación del Empleador (EIN) 84-0404231	
5. Dirección del empleador 2199 S. University Blvd.		6. Número de teléfono del empleador 303.871.7420	
7. Ciudad Denver		8. Estado Colorado	9. Código postal 80208
10. ¿Con quién podemos comunicarnos para hablar sobre la cobertura médica de los empleados en este trabajo? Servicios Compartidos			
11. Número de teléfono (si es diferente del anterior)		12. Dirección de correo electrónico benefits@du.edu	

A continuación, se presenta información básica sobre la cobertura médica que ofrece este empleador:

- Como su empleador, ofrecemos un plan de salud para

Todos los empleados. Los empleados elegibles son los siguientes: **Trabajo de tiempo completo durante 20 horas o más por semana**

Algunos empleados. Los empleados elegibles son los siguientes:

- En relación con los dependientes:

Ofrecemos cobertura. Los dependientes elegibles son los siguientes: **su cónyuge legal, incluidas las uniones civiles y en virtud de la common law, y su pareja de hecho (del mismo sexo y del sexo opuesto), su hijo menor de 26 años de edad y su hijo que cumple con la definición anterior de hijo, de 26 años de edad o más, y que sea física o mentalmente incapaz de ganarse la vida y dependa principalmente de usted.**

No ofrecemos cobertura.

Si se marca, esta cobertura cumple con el estándar de valor mínimo, y su costo está destinado a ser asequible, según el salario del empleado.

** No obstante, si su empleador pretende que su cobertura sea asequible, aun así puede ser elegible para un descuento en la prima a través del Mercado. El Mercado usará los ingresos de su hogar, junto con otros factores, para determinar si puede ser elegible para un descuento en la prima. Si, por ejemplo, su salario varía de una semana a otra (quizás es un empleado por hora o trabaja por comisión), si está empleado recientemente a mitad de año o si tiene otras pérdidas de ingresos, aun así puede calificar para un descuento en la prima.

NOTAS:

NOTAS:

NOTAS:



Este resumen de beneficios fue preparado por



Gallagher

Insurance | Risk Management | Consulting

Este documento es un resumen de la cobertura proporcionada en función de los planes de beneficios de su empleador, según la información proporcionada por su empresa. No incluye todos los términos, la cobertura, las exclusiones, las limitaciones ni las condiciones contenidos en el Documento oficial del Plan, las pólizas y los contratos de seguro aplicables (en conjunto, los “documentos del plan”). Los documentos del plan en sí deben leerse para conocer esos detalles.

El propósito de este documento es proporcionarle información general sobre los planes de beneficios de su empleador. No necesariamente aborda todos los problemas específicos que puedan aplicarse a usted. No pretende proporcionar ni debe interpretarse como un asesoramiento legal. En la medida en que cualquier información contenida en este documento sea incompatible con los documentos del plan, las disposiciones establecidas en los documentos del plan regirán en todos los casos. Si desea revisar los documentos del plan o tiene preguntas sobre temas específicos o disposiciones del plan, debe comunicarse con su Departamento de Recursos Humanos/Beneficios.