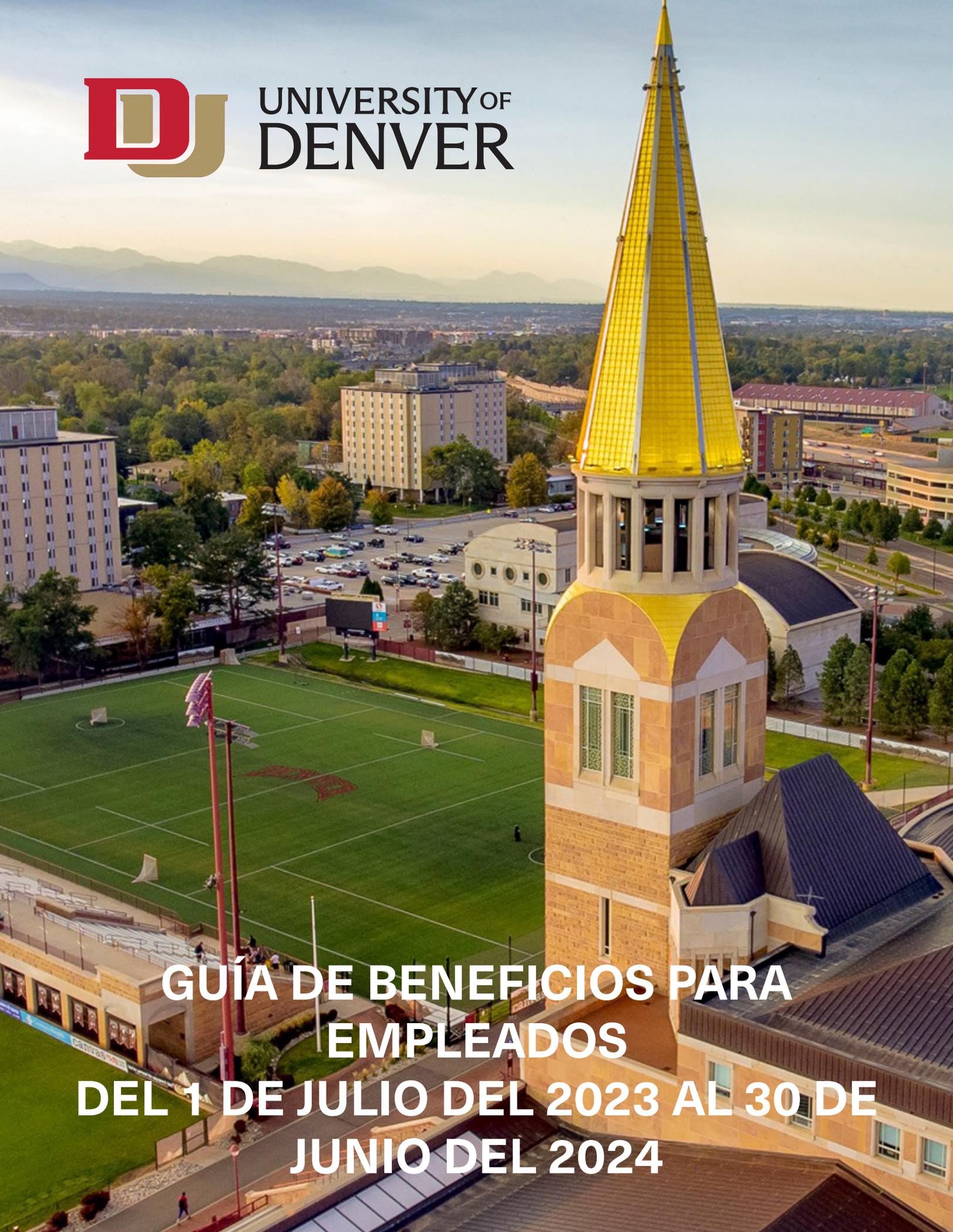




UNIVERSITY OF
DENVER

An aerial photograph of the University of Denver campus. The central focus is the iconic Campanile tower, which has a gold-colored conical roof and a brick base. To the left of the tower is a large green soccer field with white markings. In the background, there are several multi-story university buildings, parking lots filled with cars, and a cityscape with mountains in the distance under a clear sky.

**GUÍA DE BENEFICIOS PARA
EMPLEADOS
DEL 1 DE JULIO DEL 2023 AL 30 DE
JUNIO DEL 2024**

Índice



Descripción General de los Beneficios	3	Voluntaria de enfermedad grave y accidente	26
Información de Nómina y Licencia	4	Accidente en viaje de negocios	27
Opciones de la Red de Atención Médica ...	5	Seguro para mascotas	28
Opciones de Planes Médicos	6	Plan de Jubilación 403(b)	29
Opciones de planes dentales	17	Condonación de Préstamo Estudiantil ...	31
Opciones de Planes Oftalmológicos	18	Cuidado de Respaldo y Atención Familiar	32
Contribuciones de Primas	19	Programa de Asistencia al Empleado (EAP)	33
Cuentas de Ahorros para la Salud (HSA) ...	20	Exención de Matrícula	34
Cuentas de Gastos Flexibles (FSA)	21	Beneficios Adicionales	35
Comparación de las Cuentas HSA y FSA ...	22	Centro de Representantes de Beneficios	36
Seguro de Vida y por AD&D	23	Información de Contacto	37
Seguro de Vida Voluntario y por AD&D ...	24	Avisos Legales	38
Seguro de Discapacidad	25		

Si usted (o sus dependientes) cuentan con Medicare o pronto cumplirán con los requisitos para tener Medicare en los siguientes 12 meses, la ley federal le da más opciones sobre su cobertura de medicamentos con receta. Consulte las páginas 52-53 donde comienza el Aviso de Cobertura Acreditable para conocer más detalles.

Descripción General de los Beneficios



Elegibilidad

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.

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 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 Recursos Humanos dentro de los 30 días posteriores al evento.

Eventos de Vida Calificados

Cada año, tiene la oportunidad de hacer cambios en sus beneficios durante el período de la inscripción abierta. Puede hacer un cambio en su cobertura durante el año del plan solo si tiene un cambio calificado en su familia o condición de empleo. Puede cambiar su elección de cobertura cuando ocurra uno de los eventos de vida calificados que se mencionan a continuación, siempre y cuando solicite el cambio en la cobertura dentro de los 30 días del evento de vida 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 Recursos Humanos. Para obtener más información, comuníquese con Recursos Humanos 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, incluidos: 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, Fiesta de Fin de Año del Rector (Medio Día), 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 Recursos Humanos 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 Recursos Humanos al **303.871.7420** o visite **www.du.edu/human-resources/about-us/leaves-absence** 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 Recursos Humanos al **303.871.7420** o a **benefits@du.edu** para obtener información adicional.



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 de LocalPlus de Cigna. La red LocalPlus está diseñada para mejorar la calidad de la atención que recibe de todos sus proveedores médicos. LocalPlus está diseñado para ofrecer una atención rentable y de calidad para las familias ocupadas y atareadas 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.

Cuando viaje, 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 fuera del domicilio. Esta función proporciona cobertura al mismo costo dentro de la red que pagaría en casa. No existen beneficios fuera de la red que no sean atención urgente y de emergencia para la red LocalPlus.

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 Valley IPA, Community Medical Associates, Colorado Care Partners, Colorado Health Neighborhoods, New West Physicians, Optum Medical Group, PHP Prime, UHealth 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, UHealth
 - Mountain (condados de Eagle, Routt y Summit): Centura St. Anthony Summit Medical Center, UHealth Yampa Valley Medical Center, Vail Valley Medical Center West
 - Oeste (condados de La Plata, Mesa y Montezuma): Animas Surgical Hospital, Centura 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 Cigna One Guide llamando al **800.CIGNA24** (800.244.6224) 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.

** 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 Open Access Plus de Cigna. La red OAP cuenta con 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 proteger 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. En una HSA, puede apartar fondos antes de impuestos en una cuenta para ser utilizados 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 HDHP (Plan de Salud con Deducible Alto) utilizan las redes 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 el 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 de uso 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
Consulta Presencial con 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 Ambulatoria	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		
Comercio Minorista (suministro para 30 días)		Deducible del plan, luego,
Nivel 1	Copago de \$15	Copago de \$15
Nivel 2	Copago de \$30	Copago de \$30
Nivel 3	Copago de \$60	Copago de \$60
Especialidad	20 % de coseguro hasta un máximo de \$75	20 % hasta \$75
Pedido por Correo (suministro de 90 días)		Deducible del plan, luego,
Nivel 1	Copago de \$30	Copago de \$30
Nivel 2	Copago de \$60	Copago de \$60
Nivel 3	Copago de \$120	Copago de \$120

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

** Importante: Si tiene otros miembros de la familia en el plan, cada uno 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 aportan al deducible familiar. Una persona no puede tener las reclamaciones cubiertas por el 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 en comparación con Plan de Salud con Deducible Alto

	Plan de Copago	Plan HDHP
EJEMPLO DE COBERTURA SOLO PARA EMPLEADOS CON TRES RECLAMACIONES DURANTE TODO EL AÑO DEL PLAN		
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	\$0	\$1,500
Gasto Máximo de Bolsillo	\$2,000	\$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	\$0	\$1,300
Gasto Máximo de Bolsillo	\$1,970	\$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	\$0	\$0
Gasto Máximo de Bolsillo	\$770	\$300
Contribución Estimada del Empleado		
Mensualmente	\$94.45	\$0.00
Anualmente	\$1,133.40	\$0.00
EJEMPLO DE COBERTURA DEL EMPLEADO + FAMILIA CON TRES RECLAMACIONES DURANTE TODO EL AÑO DEL PLAN		
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	\$0 individual/\$0 familiar	Familiar \$3,000
Gasto Máximo de Bolsillo	\$2,000 Individual/\$4,500 Familiar	Familiar \$6,000
Reclamación 2: El cónyuge o pareja del miembro 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	\$0 individual/\$0 familiar	Familiar \$2,200
Gasto Máximo de Bolsillo	\$1,880 Individual/\$4,380 Familiar	Familiar \$5,200
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	\$0 individual/\$0 familiar	Familiar \$0
Gasto Máximo de Bolsillo	\$1,400 Individual/\$3,780 Familiar	Familiar \$2,200
Contribución Estimada del Empleado		
Mensualmente	\$618.74	\$297.01
Anualmente	\$7,424.88	\$3,564.12

Cigna One Guide

Gestionar 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, el laboratorio, la farmacia o el centro de atención ambulatoria 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
- Apoyo individual exclusivo en situaciones complejas, para aquellos que más lo necesitan
- Educación sobre las características del plan, formas de maximizar los beneficios y ganar incentivos

Si actualmente está inscrito en un plan médico de Cigna, puede comenzar a utilizar la Cigna One Guide descargando la aplicación myCigna o llamando al 800.244.6224 para hablar con su guía personal.

Si actualmente no está inscrito en un plan médico de Cigna, puede comunicarse con la línea de preinscripción de One Guide llamando 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 ir? 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



Cómo funciona

Los empleados y sus familiares pueden llamar al **866.799.2725**.

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

myCigna y Motivate Me

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.

Descargue hoy la
aplicación
myCigna®.



Cigna MotivateMe

La Universidad de Denver quiere ayudarlo a estar sano. Por lo tanto, cuando participe en los objetivos de bienestar patrocinados por la Universidad, puede ganar hasta \$100 en una tarjeta de regalo de Visa enviada a su dirección.

- 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
- Una vez que se complete un incentivo, seleccione “Canjear”, esto iniciará el proceso de envío de su tarjeta de regalo.

El resto depende de usted

Para obtener ayuda o más información sobre la configuración de su cuenta, visite myCigna.com o llame al **800.244.6224**. También puede encontrar información si descarga la Aplicación Móvil myCigna para su dispositivo móvil**.

* Los premios de incentivo pueden estar sujetos a impuestos; usted es responsable de cualquier impuesto aplicable. Consulte con su asesor fiscal 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 de las tiendas en línea desde las que se descarga. Se aplican cargos estándar por el uso de datos y el proveedor de telefonía móvil.

Para obtener más información, visite www.du.edu/human-resources/employee-wellbeing/cigna-motivateme.

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, 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 APLICACIÓN:



DISPATCHHEALTH PUEDE TRATAR LAS MISMAS DOLENCIAS QUE UN CENTRO DE ATENCIÓN DE URGENCIAS, Y MÁS, INCLUIDO LO SIGUIENTE:



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.

NO SE NECESITAN MEMBRESÍAS

Opciones de Atención Virtual

Telesalud a través de MDLive

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

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

Programa una cita en línea con un asesor o psiquiatra en cuestión de minutos ingresando en www.myCigna.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 a través de myCigna para garantizar que obtenga la atención que mejor se adapte a sus necesidades.

Asesoramiento Virtual

- 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.

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.

Salud Mental y Consumo de Sustancias

- 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

Coaching 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.

Programas de Gestión del Estilo de Vida

- 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.

Meru Health

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.

Talkspace

www.talkspace.com/cigna

- 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.

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
- Alergias
- Erupciones
- Síntomas de resfrío o gripe
- Diarrea
- 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
- Servicios de laboratorio
- Problemas con los medicamentos
- Dolor persistente
- Enfermedades de leves a moderadas
- 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
- Asma y problemas respiratorios
- Náuseas, vómitos y diarrea
- Infecciones del tracto urinario
- Oídos, nariz y garganta
- Suturas y fracturas menores
- Dolor de espalda, cuello y articulaciones



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
- Conmoción cerebral
- Reacciones alérgicas menores
- Ataques de asma de menores a moderados
- Dolor de garganta u oídos
- 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
- Ataque cardíaco o dolor de pecho
- Accidente Cerebrovascular
- Lesiones de la médula espinal
- Dificultad para respirar

Opciones de planes dentales

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.

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 solo para la red que proporciona un promedio de hasta un 70 % de ahorro en los procedimientos dentales realizados con mayor frecuencia (incluidos limpiezas, empastes, coronas, tratamiento 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 y su familia pueden atenderse con uno de los más de 700 proveedores de Colorado. Su proveedor debe ser seleccionado en el momento de la inscripción, pero puede ser cambiado durante el año en cualquier momento que lo desee.

Resumen de Beneficios Cubiertos	Plan Base de PPO de Delta		Plan Mejorado de PPO de Delta		Plan Alpha de Beta Health	
	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 DENTALES PREVENTIVOS						
Examen bucal, limpiezas, selladores, radiografías	Cobertura de un 100 %	Cobertura de un 100 %*	Cobertura de un 100 %	Cobertura de un 100 %*	Consulte la lista de tarifas	
SERVICIOS DENTALES BÁSICOS						
Empastes, extracciones simples, cirugía oral, endodoncia, periodoncia	20 % después de deducible	20 % después de deducible*	20 % después de deducible	20 % después de deducible*		
SERVICIOS DENTALES MAYORES						
Coronas, dentaduras postizas, puentes, implantes	50 % después de deducible	50 % después de deducible*	50 % después de deducible	50 % después de deducible*		
Servicios de Ortodoncia Adultos y niños	No cubierto		50 % hasta 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	

Para encontrar un proveedor dental, visite www.deltadentalco.com

* Se aplica la facturación del saldo si ve a 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 "carga 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: Una vez por año del plan			
	Copago de \$10	Hasta \$45	El plan paga el 100 %	Hasta \$45
LENTES	Menores de 19 años: Dos veces por año del plan; mayores de 19 años: Una vez por 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		Una vez por año del plan	
Marcos*	Asignación de hasta \$130; luego un descuento del 20 % en el saldo	Hasta \$90	Asignación de hasta \$150; luego un descuento del 20 % en el saldo	Hasta \$104
LENTES DE CONTACTO	Una vez por año del plan			
Optativos	Asignación de hasta \$130; luego un descuento del 15 % en el saldo	Hasta \$104	Asignación de hasta \$150; luego un descuento del 15 % en el saldo	Hasta \$120
Medicamento necesario	Cobertura Total	Hasta \$210	Cobertura Total	Hasta \$210
Corrección con 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				
Descuentos adicionales dentro de la red	40 % de descuento en un par completo de anteojos recetados 20 % de descuento en anteojos de sol sin receta 20 % de descuento en el 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 de hecho se agregará a sus ganancias como ingresos sujetos a impuestos.

Servicio médico	Plan de Copago		Plan HDHP-HSA*	
	Contribución de la Universidad de Denver	Empleado	Contribución de la Universidad de Denver	Empleado
Solo Empleado	\$657.52	\$94.45	\$581.73	\$0.00
Empleado y Cónyuge o Pareja	\$1,105.13	\$393.46	\$990.02	\$168.61
Empleado e Hijo(s)	\$996.27	\$352.96	\$888.93	\$154.28
Familiar	\$1,477.25	\$618.74	\$1,322.99	\$297.01

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

Atención Dental	Plan Base de PPO de Delta	Plan Mejorado de PPO de Delta	Plan Alpha de Beta Health
Solo Empleado	\$29.92	\$49.94	\$10.75
Empleado y Cónyuge o Pareja	\$58.97	\$98.45	\$20.25
Empleado e Hijo(s)	\$70.95	\$118.40	\$23.25
Familiar	\$110.74	\$184.55	\$29.75

Atención Oftalmológica	Plan base	Plan mejorado
Solo Empleado	\$6.34	\$8.85
Empleado y Cónyuge o Pareja	\$12.07	\$16.81
Empleado e Hijo(s)	\$12.71	\$17.72
Familiar	\$18.69	\$26.03

Cuentas 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 una 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 2023.

	Aporte máximo del IRS 2023	Aporte de la Universidad de Denver	Aporte máximo de los empleados
Solo para uno	\$3,850	\$331.68	\$3,518.32
Familiar	\$7,750	(\$27.64 por mes)	\$7,418.32
Puesta al día	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 2023. 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.

Cuentas 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 FSA para atención médica es una cuenta de beneficios antes de impuestos que se utiliza para pagar gastos médicos, dentales y de atención de la visión elegibles que no están cubiertos por su plan de seguro ni por ninguna otra cosa. Es una manera inteligente y sencilla de ahorrar dinero, mientras que usted y su familia se mantienen saludables y protegidos. El IRS establece un límite sobre cuánto puede aportar a esta cuenta cada año. Para 2023, el límite de aporte es de \$3,050.

FSA de uso limitado

Una FSA de uso limitado (LPFSA, del inglés Limited Purpose Flexible Spending Account) es una cuenta de gastos flexibles que solo le reembolsa los gastos dentales y oftalmológicos elegibles. Una LPFSA está disponible para los empleados que están inscritos en un plan de salud con deducibles alto (HDHP, del inglés High Deductible Health Plan); usted puede inscribirse tanto en la LPFSA como en la HSA. Al establecer una LPFSA, puede ahorrar dinero en impuestos con el dinero de su LPFSA para sus gastos dentales y oftalmológicos, mientras conserva los fondos de su HSA con otros fines, lo que incluye simplemente ahorrar esos fondos para el futuro. El IRS establece un límite sobre cuánto puede aportar a esta cuenta cada año. Para 2023, el límite de aporte es de \$3,050.

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 FSA para atención de dependientes es una forma inteligente y sencilla de ahorrar dinero en el cuidado de sus seres queridos, de modo que pueda seguir trabajando. El IRS establece un límite sobre cuánto puede aportar a esta cuenta cada año.

El 2023, el límite de contribución del IRS es de \$5,000 si está casado y hace presentaciones en conjunto o es soltero como jefe de familia, o de \$2,500 si está casado y hace presentaciones 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 o LPFSA para Atención Médica 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 \$610 que se utilizará para el siguiente año calendario. El traspaso de \$610 no se aplica a la cuenta FSA para atención de dependientes.
6. Puede utilizar la 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 de Uso Limitado	FSA para Atención de Dependientes
Elegibilidad	HDHP	Copago	HDHP	Todos los empleados
Límites de aportes de 2023	Individual \$3,850 Familiar \$7,750 Puesta al día \$1,000	\$3,050		Hasta \$5,000 consulte la página 21 para obtener más detalles
¿Quién puede aportar?	Empleador, empleado, cónyuge o pareja, miembros de la familia**	Empleado		Empleado
Traslado	100 %	Hasta \$610, consulte la página 21 para obtener más detalles		N/A
Cambio de aporte	En cualquier momento	Solo en la inscripción abierta o con un evento calificado		
Fondos disponibles	Una vez financiado	Inmediatamente		Una vez financiado
Recibos necesarios para el reembolso	No, debe guardar sus facturas y recibos con fines fiscales	Sí para algunos gastos		
¿La cuenta es portable?	Sí, todos los fondos pertenecen al titular de la cuenta	No		
Gastos elegibles	Gastos médicos, dentales y oftalmológicos*, y algunas primas de seguro, 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 la cantidad de 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 la cantidad de 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.

Robo de Identidad

Proporciona herramientas y orientación personal para ayudar con la prevención, detección y resolución del robo de identidad. Incluye una consulta gratuita de 30 minutos con un Especialista en Resolución de Fraudes.

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.

Programa de Asistencia de 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.

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.





Seguro de Vida Voluntario 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 11 semanas de beneficio (sin el período de eliminación); Hasta 13 semanas (con un período de eliminación de 2 semanas)

Seguro de 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

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

* Las duraciones están configuradas para durar hasta la Edad Estándar de Jubilación del Seguro Social. Consulte el documento Certificado de seguro de LTD para obtener más detalles.

Voluntaria de enfermedad grave y accidente

Asegurado por Cigna

Seguro Opcional contra

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 paga beneficios directamente a usted. Lo que hace con el dinero depende de usted.

Seguro Opcional contra	
Solo Empleado	\$9.92
Empleado y Cónyuge o Pareja	\$17.96
Empleado e Hijo(s)	\$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(s)	Familiar
0-29	\$2.49	\$3.98	\$3.71	\$5.22
De 30 a 39	\$4.42	\$6.84	\$5.65	\$8.07
De 40 a 49	\$8.16	\$12.75	\$9.39	\$13.98
De 50 a 59	\$16.19	\$25.77	\$17.42	\$27.01
De 60 a 69	\$25.85	\$41.31	\$27.08	\$42.53
70-79	\$45.53	\$70.56	\$46.76	\$71.78
Más de 80	\$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/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 Prudential. Prudential también se asocia con IMG Global para proporcionar Servicios de Asistencia para Viajero y coberturas de Evacuación aseguradas que se ajustan al plan Prudential. 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 encuentra cumpliendo funciones oficiales de la Universidad. De esa manera, nunca tendrá que preocuparse de dónde está cubierto y solo tiene que ocuparse 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 style="text-align: center;">INTERNATIONAL MEDICAL GROUP • TRAVEL ASSISTANCE PROGRAM</p> <p>Toll free from within the U.S.: +1 (855) 847-2194 From anywhere in the world: +1 (317) 927-6881 assist@imglobal.com</p> <p>Name _____ Company _____</p> <p style="font-size: small; text-align: center;">This is not a medical insurance card. Valid until termination of policy.</p>	<p style="text-align: center; font-size: 2em; font-weight: bold;">Attention</p> <p style="text-align: center; font-weight: bold;">THIS IS NOT A MEDICAL INSURANCE CARD</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">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 style="text-align: center; font-size: small;">参与者有权享受IMG旅行和医疗援助服务。</p> <p style="text-align: center; font-weight: bold; background-color: #008080; color: white; padding: 5px;">WWW.IMGGLOBAL.COM</p> <p style="text-align: center; font-size: x-small;">All services must be provided by International Medical Group (IMG). No claims for reimbursement will be accepted.</p>
--	---

Seguro para mascotas



Administrado por MetLife



Nos preocupamos de todos sus dependientes, incluso de los que tienen cuatro patas. Sin importar en qué travesuras se meta su familiar peludo, su familia no estará completa sin ellos. A partir del 1 de julio del 2023, puede inscribirse en el Seguro de Mascotas MetLife y sentirse seguro de que su salud y su billetera están protegidos si se enfrenta a un viaje inesperado al veterinario.

¿Por qué el Seguro para Mascotas de MetLife?

- Coberturas flexibles con un reembolso de hasta un 100 % y libertad para visitar a cualquier veterinario autorizado en EE. UU.
- Acceso a los Servicios de Asistencia de Telesalud las 24 horas del día, los 7 días de la semana, ya que los accidentes y las enfermedades no siempre esperan que su veterinario esté disponible
- Descuentos de hasta un 30 % y ofertas adicionales para el cuidado de mascotas, donde estén disponibles
- Cobertura de afecciones preexistentes cubiertas previamente cuando se cambia de proveedor
- Aplicación móvil MetLife Pet para enviar y realizar un seguimiento de las reclamaciones, administrar la salud y el bienestar de su mascota y encontrar servicios para mascotas cercanos

¿Cómo funciona el Seguro para Mascotas de MetLife?



Seleccione e insíbase en la cobertura más conveniente para usted y su mascota



Descargue nuestra aplicación móvil.



Lleve su mascota al veterinario



Pague la factura en un plazo de 90 días y envíela junto con sus documentos de reclamación a través de nuestra aplicación móvil, portal en línea, correo electrónico, fax o correo



Reciba el reembolso¹ en un cheque o un depósito directo si el gasto de la reclamación está cubierto por la póliza

Llame para recibir una cotización o inscribirse hoy mismo.

Visite www.metlife.com/getpetquote

Llame al 1-800-GET-MET8

Escanee el código QR





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 2023 es de \$22,500. 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 2023 es de \$7,500.

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 Recursos Humanos 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 IRA, 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., MST

¿Desea hablar con un asesor sin costo adicional?

Llame al 800.732.8353

Los Días de Semana, de 6 a. m. a 6 p. m., MST, 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

Condonación de Préstamo Estudiantil

Una solución de condonación de préstamo estudiantil de TIAA y Savi

¿Se siente abrumado por la deuda estudiantil? ¿O intenta no pensar en esta? La Condonación de Préstamos por Servicio Público (PSLF) es un programa federal diseñado para reducir la carga de la deuda del préstamo estudiantil para las personas que trabajan en el servicio público. La Universidad de Denver se considera un empleador de servicios públicos para los fines de estos programas.

En pocas palabras, la PSLF combina el alivio inmediato de un plan de pago impulsado por los ingresos (para hacer que sus pagos mensuales sean asequibles) con el alivio a largo plazo de la condonación del préstamo. Es probable que haya escuchado una representación negativa en la prensa acerca de las dificultades que los prestatarios han enfrentado al intentar obtener los beneficios de estos programas.

La TIAA ha unido fuerzas con Savi, una empresa de tecnología de impacto social, para ayudar a los empleados de la Universidad de Denver a beneficiarse de programas de condonación como la PSLF. El servicio ayuda a los prestatarios elegibles a comprender sus opciones, reducir sus pagos mensuales e inscribirse en un programa de condonación. Puede compararlos con un defensor, alguien que se preocupa tanto como usted de encontrar un buen resultado.

Qué esperar cuando se postula a la condonación

Savi agiliza todo el proceso, desde la ayuda a inscribirse en programas de condonación hasta el apoyo continuo y el seguimiento de pagos, lo que garantiza que permanezca bien encaminado desde el inicio hasta la condonación, todo por una pequeña tarifa*. A continuación, le presentamos una visión general de lo que sucederá.

1. En primer lugar, debe inscribirse en Savi Essential Service.
2. A continuación, proporcione su información básica. Desde allí, Savi se encarga del resto, desde revisar su solicitud de condonación para verificar su precisión y finalización hasta el envío.
3. Después de algunas verificaciones con nosotros, que Savi maneja, todo se envía a su entidad administradora de préstamos.
4. Recibirá recordatorios de Savi para cosas continuas que pueda necesitar hacer después, como un envío anual al programa PSLF. De esa manera, usted cumple con todos los detalles que se presentan junto con los programas de condonación.

Si aún no lo ha hecho, tómese un minuto y averigüe cuánto podría reducir su pago mensual.

Pruebe hoy la calculadora gratuita para ver si califica.

El dinero ahorrado es dinero en su bolsillo para usar en otros objetivos financieros, ya sea con el fin de construir un fondo de emergencia, ahorrar más para la jubilación o pagar otras deudas.

Visite TIAA.org/du/student hoy mismo para calcular sus ahorros

* Una parte de la tarifa se puede compartir con TIAA para compensar los costos que respaldan el programa. Además, la TIAA tiene una participación minoritaria de propiedad en Savi.

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 muchas responsabilidades laborales, familiares y personales. Como empleado valioso, tiene a su disposición 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.

Algunos ejemplos de cuándo puede usar la atención de respaldo para niños son:

- 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.

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 preferencial en centros de cuidado infantil selectos de Bright Horizons. Descuento en la matrícula para recibir atención 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

Visite

<https://clients.brighthorizons.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 877.BH.CARES (877.242.2737)



Programa de Asistencia al Empleado (EAP)

Administrado por SupportLinc

La Universidad de Denver ofrece un Programa de Asistencia al Empleado a través de SupportLinc a todos los empleados que se beneficien **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 EAP es 100 % confidencial.

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

Asesoramiento	Beneficio de vida laboral
<ul style="list-style-type: none"> ■ Depresión, estrés o ansiedad ■ Problemas en las relaciones ■ Luto y pérdida ■ Problemas familiares y de crianza ■ Abuso de sustancias 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consulta legal en persona o telefónica con un abogado autorizado ■ Consultas financieras ■ Consulta por robo 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 **888.881.LINC (5462)** y comuníquese directamente con un médico. Además, pueden conectarlo con un asesor en su área o servicios de asesoramiento a través de telesalud. También pueden 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 **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	Cónyuge o Pareja Elegibilidad 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 Recursos Humanos 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 directamente con los proveedores.

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 Recursos Humanos al [303.871.7420](tel:303.871.7420) o benefits@du.edu.

Programa de Descuentos y Beneficios para Empleados de DU

DU está aquí para apoyar su equilibrio entre el trabajo y la vida personal, y el bienestar general mediante las mejores ofertas de productos, servicios y experiencias que conoce y adora, tales como electrónica, membresías en gimnasios, eventos especiales, parques temáticos y más. Siga el enlace que aparece a continuación para obtener más información.

<https://www.du.edu/human-resources/content/employee-perks-and-discounts>

Para obtener más información sobre lo anterior y las ofertas adicionales, visite
www.du.edu/human-resources/benefits



Centro de Representantes de Beneficios

Descripción General

Sin costo para usted, la Universidad de Denver se complace en anunciar un nuevo e increíblemente valioso beneficio: Centro de Representantes de Beneficios (BAC) de Gallagher, ofrecido a través de nuestro corredor de beneficios, Gallagher.

SU CONSULTOR PERSONAL DE BENEFICIOS



Soporte completo en un solo lugar

¿Alguna vez ha sentido que quería un asistente personal que lo ayudara a coordinar la información sobre sus beneficios? Nuestros representantes totalmente autorizados estarán disponibles para responder sus preguntas, brindar apoyo y ofrecer un lugar único para maximizar su plan de beneficios y su salud.



Siéntase cómodo sabiendo que habla con expertos.

Desde encontrar un proveedor dentro de la red, hasta enseñarle la diferencia entre una Cuenta de Gastos Flexibles (FSA) y una Cuenta de Ahorro para la Salud (HSA), o brindarle asistencia. Cualquier conversación con un representante se realizará de manera confidencial para proteger completamente su privacidad.



¡Comience a usarlo ahora!

Puede comenzar a utilizar el Centro de Representantes de Beneficios de Gallagher **desde ya**. Simplemente llame al número exclusivo gratuito **al 833.355.8939**, de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 5:00 p. m. MST.

También puede enviar un correo electrónico a **bac.duadvocates@ajg.com**. Hay asistencia de idiomas disponible.

PREGÚNTELE A SU EQUIPO DE REPRESENTANTES

El Centro de Representantes de Beneficios de Gallagher está listo para ayudarlo a sacar el máximo provecho de su programa de beneficios brindándole apoyo. Obtenga ayuda en estas áreas:



Explicación de los beneficios

¿Tiene dudas sobre lo que el seguro cubrió en una reclamación en particular y cuál es su responsabilidad?



Desafíos relacionados con las recetas

¿La farmacia le indica que su medicamento no está cubierto o le cobra el precio total? ¿Necesita ayuda para obtener la autorización de compra de un medicamento?



Preguntas sobre beneficios

¿Tiene dudas respecto de si la empresa de seguros pagará un procedimiento determinado?



Problemas con las reclamaciones

¿Recibió una factura de un médico, pero no sabe por qué?



Situaciones difíciles

¿Tiene dificultades para obtener una derivación? ¿La compañía de seguros rechazó un procedimiento y desea apelar su decisión?



Información de Contacto

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

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

oftalmológico	Teléfono	Sitio web/Correo Electrónico	N.º de grupo
CENTRO DE REPRESENTANTES DE BENEFICIOS			
DU BAC	833.355.8939	bac.duadvocates@ajg.com	N/A
SERVICIO 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
ATENCIÓN 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
ATENCIÓN OFTALMOLÓGICA			
EyeMed	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
VOLUNTARIA DE ENFERMEDAD GRAVE Y ACCIDENTE			
Cigna	800.754.3207 Número Gratuito en EE. UU.	www.suphealthclaims.com	AI961819 CI961734
ACCIDENTE EN VIAJE DE NEGOCIOS			
Prudential	855.847.2194 Número Gratuito en Cualquier Lugar 317.927.6881	www.imglobal.com	N/A
SEGURO PARA MASCOTAS			
MetLife	800.438.6388	www.metlife.com/getpetquote	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: DEL 1 DE JULIO DEL 2023 AL 30 DE JUNIO DEL 2024

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
- Aviso de Recordatorio 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 Reemplazo 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:

Recursos Humanos

Universidad de Denver
2601 East Colorado Avenue
Denver, CO 80208

Teléfono: **303.871.7420**

Fax: 303.871.6339

Correo electrónico: **benefits@du.edu**



UNIVERSITY OF DENVER

Avisos Legales

Divulgación de Protecciones del Paciente

Por lo general, el Plan de la Universidad de Denver permite la designación de un proveedor de atención primaria. Usted tiene derecho a designar a cualquier proveedor de atención primaria que participe en nuestra red y que esté disponible para aceptarlo a usted o a los miembros de su familia.

En el caso de los hijos, puede designar a un pediatra como proveedor de atención primaria.

No necesita autorización previa de Cigna ni de ninguna otra persona (incluido un proveedor de atención primaria) para poder obtener acceso a atención obstétrica o ginecológica brindada por un profesional de atención médica perteneciente a nuestra red que se especialice en obstetricia o ginecología. Sin embargo, es posible que el profesional de la salud deba cumplir con ciertos procedimientos, incluida la obtención de una autorización previa para ciertos servicios, el seguimiento de un plan de tratamiento aprobado previamente o procedimientos para hacer recomendaciones. Para obtener una lista de los profesionales de atención médica participantes que se especialicen en obstetricia o ginecología, comuníquese con Recursos Humanos al **303.871.7420** o **benefits@du.edu**.

Aviso de Recordatorio 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 al Departamento de Recursos Humanos llamando al **303.871.7420** o mediante correo electrónico a **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 es posible que deba pagar parte de la prima a través de la deducción de nómina).

Una ley federal llamada HIPAA exige que le notifiquemos acerca de una disposición importante en el plan: su derecho a inscribirse en el plan en virtud de su "disposición de inscripción especial" si tuviera un nuevo dependiente o si rechaza la cobertura de este plan para usted o un dependiente apto mientras la otra cobertura está en vigor y, luego, pierde esa otra cobertura por ciertas razones admisibles.

Pérdida de Otra Cobertura (Excepto Medicaid o un Programa Estatal de Seguro Médico para Niños).

Si rechaza la inscripción para usted o para un dependiente elegible (incluido su cónyuge) mientras otro seguro de salud o cobertura de plan de salud grupal está vigente, usted puede inscribirse e inscribir a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir a la otra cobertura suya o 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).

Avisos Legales

Pérdida de Cobertura de Medicaid o un Programa Estatal de Seguro de Salud para Niños. Si rechaza la inscripción para usted o para un dependiente elegible (incluido su cónyuge) mientras la cobertura de Medicaid o la cobertura de un programa estatal de seguro de salud para niños esté vigente, existe la posibilidad de 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 usted tiene un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, un nacimiento, una adopción o un acuerdo de adopción, puede inscribirse e inscribir a sus nuevos dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, el nacimiento, la adopción o el acuerdo de adopción.

Elegibilidad para Asistencia de Primas de Medicaid o un Programa Estatal de Seguro de Salud para Niños. Si usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) son elegibles para recibir un subsidio estatal de asistencia para pagar las primas de Medicaid o a través de un programa estatal de seguro de salud para niños con respecto a 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 el Departamento de Recursos Humanos llamando al **303.871.7420** o mediante correo electrónico a **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.

Avisos Legales

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”). En el caso de las personas que reciban beneficios relacionados con mastectomías, la cobertura se brindará de la manera determinada durante la consulta entre el médico tratante y el paciente, para lo siguiente:

- Todas las etapas de reconstrucción de la mama en la que se realizó 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 Recursos Humanos 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 Reempleo de Servicios Uniformados (USERRA)

La Ley de Derechos de Empleo y Reempleo 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.

Avisos Legales

Sus Derechos y Protecciones contra Facturas Médicas Sorpresa

Cuando recibe atención de emergencia o tratamiento por un proveedor fuera de la red en un hospital dentro de la red o un centro quirúrgico para operaciones ambulatorias, está protegido de la facturación del saldo. En estos casos, no se le debe cobrar más que los copagos, el coseguro o el deducible de su plan.

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

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

“Fuera de la red” equivale a los proveedores y los centros que no han firmado un contrato de prestación de servicios con su plan de salud. Es posible que los proveedores fuera de la red cobren la diferencia entre lo que su plan paga 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 por el mismo servicio y puede que no se tenga en cuenta en su límite anual de gastos de bolsillo o el deducible del plan.

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. Las facturas médicas sorpresivas podrían costar miles de dólares según el procedimiento o el servicio.

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 un centro fuera de la red, lo máximo que pueden cobrar es el monto de distribución de costos dentro de la red de su plan (como los copagos, el coseguro y los deducibles). No se le puede cobrar la facturación del saldo de 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 cobrarle 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 el saldo 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.

Avisos Legales

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 el deducible que pagaría si el proveedor o el centro estuvieran dentro de la red). Su plan de salud pagará cualquier costo adicional directamente a los proveedores y los 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 para recibir los servicios (también conocido como “autorización previa”).
 - Cubrir los servicios de emergencia prestados por proveedores fuera de la red.
 - Calcular lo que usted le debe al proveedor o el centro (distribución de costos) según lo que le pagaría a un proveedor o un centro de la red y mostrar 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 dentro de la red y el límite de gastos de bolsillo.

Si cree que se le ha facturado incorrectamente, comuníquese con

<https://www.cms.gov/nosurprise/consumers> o llame al **800.985.3059** para obtener más información y quejas.

Visite **<https://www.cms.gov/nosurprises/consumers>** para obtener más información sobre sus derechos en virtud de la ley federal.

Visite **Protecciones de Facturación de Saldo del Estado | Fondo de Mancomunidad** para obtener más información sobre sus derechos en virtud de las leyes estatales aplicables.

Avisos Legales

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 para el CHIP y usted es elegible para la cobertura médica de su empleador, es posible que su estado tenga un programa de asistencia para el pago de primas que puede ayudar a pagar la cobertura, mediante el uso de los fondos de sus programas de Medicaid o mediante el CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid ni para el CHIP, no será elegible para estos programas de asistencia para el pago 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 podrían ser elegibles para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o el CHIP de su estado o marque **877.KIDS.NOW**, o 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 del 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 en un plazo de 60 días tras ser elegible para la asistencia de primas**. Si tiene alguna pregunta sobre cómo inscribirse en su plan de empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo al sitio Web www.askebsa.dol.gov o llame al **866.444.EBSA (3272)**.

Si usted vive en uno de los siguientes estados, puede ser elegible para recibir asistencia respecto al pago de las primas del plan de salud del empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de enero del 2023. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad.

ALABAMA: Medicaid http://myalhipp.com 855.692.5447	FLORIDA: Medicaid www.flmedicaidprecovery.com/flmedicaidprecovery.com/hipp/index.html 877.357.3268
ALASKA: Medicaid Programa de Pago de Primas del Seguro de Salud de AK http://myakhipp.com 866.251.4861 CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad para Medicaid: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx	GEORGIA: Medicaid Sitio web de HIPP de GA: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp 678.564.1162, Presione 1 Sitio web de CHIPRA (del inglés <i>Children's Health Insurance Program Reauthorization Act</i> , Ley de Reautorización del Programa de Seguro Médico para Niños) de GA: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra 678.564.1162 Presione 2
ARKANSAS: Medicaid http://myarhipp.com 855.MyARHIPP (855.692.7447)	INDIANA: Medicaid Plan Healthy Indiana para adultos de bajos ingresos 19-64 http://www.in.gov/fssa/hip/ 877.438.4479 Todos los demás Medicaid https://www.in.gov/medicaid/ 800.457.4584
CALIFORNIA: Medicaid Programa de Pago de Primas de Seguro de Salud (HIPP) http://dhcs.ca.gov/hipp 916.445.8322 Fax: 916.440.5676 Correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov	IOWA: Medicaid y CHIP (Hawki) Medicaid: https://dhs.iowa.gov/ime/members 800.338.8366 Hawki: http://dhs.iowa.gov/Hawki 800.257.8563 HIPP: https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp 888.346.9562
COLORADO: Medicaid y CHIP Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) https://www.healthfirstcolorado.com Centro de Contacto para Miembros: 800.221.3943 Servicio de Relevos Estatal 711 Child Health Plan Plus (CHP+) https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus Servicio de Atención al Cliente: 800.359.1991 Servicio de Relevos Estatal 711 Programa de Compra de Seguro de Salud (HIBI, del inglés <i>Health Insurance Buy-In</i>) https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/health-insurance-buy-program Servicio al Cliente de HIBI: 855.692.6442	KANSAS: Medicaid https://www.kancare.ks.gov/ 800.792.4884 Teléfono del HIPP: 800.766.9012

Avisos Legales

KENTUCKY: Medicaid

Programa de Pago de Primas del Seguro de Salud Integrado de Kentucky (KI-HIPP):
<https://chfs.ky.gov/agencias/dms/member/Pages/kihipp.aspx>
855.459.6328 | KIHIPP.PROGRAM@ky.gov
KCHIP: <https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx> | 877.524.4718
Medicaid: <https://chfs.ky.gov>

LOUISIANA: Medicaid

www.medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp
888.342.6207 (Línea directa de Medicaid) o 855.618.5488 (LaHIPP)

MAINE: Medicaid

Inscripción: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US
800.442.6003 | TTY: Servicio de relevo 711 de Maine
Prima del Seguro de Salud Privado: <https://www.maine.gov/dhhs/ofa/applications-forms>
800.977.6740 | TTY: Servicio de relevo 711 de Maine

MASSACHUSETTS: Medicaid y CHIP

<https://www.mass.gov/masshealth/pa>
800.862.4840 | TTY: 617.886.8102

MINNESOTA: Medicaid

<https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp>
800.657.3739

MISURI: Medicaid

<http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm>
573.751.2005

MONTANA: Medicaid

<http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP>
800.694.3084 | Correo electrónico: HSHIPPProgram@mt.gov

NEBRASKA: Medicaid

<http://www.ACCESSNebraska.ne.gov>
Teléfono: 855.632.7633 | Lincoln: 402.473.7000 | Omaha: 402.595.1178

NEVADA: Medicaid

<http://dhcfp.nv.gov>
800.992.0900

NUEVO HAMPSHIRE: Medicaid

<https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program>
603.271.5218 | Número gratuito para el programa HIPP: 800.852.3345, ext. 5218

NUEVA JERSEY: Medicaid y CHIP

Medicaid: <http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid>
609.631.2392
CHIP: <http://www.njfamilycare.org/index.html>
800.701.0710

NUEVA YORK: Medicaid

https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/
800.541.2831

CAROLINA DEL NORTE: Medicaid

<https://medicaid.ncdhhs.gov/>
919.855.4100

DAKOTA DEL NORTE: Medicaid

<http://www.nd.gov/dhs/services/medicalsev/medicaid>
844.854.4825

OKLAHOMA: Medicaid y CHIP

<http://www.insureoklahoma.org>
888.365.3742

OREGÓN: Medicaid

<http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx>
<http://www.oregonhealthcare.gov/index-es.html>
800.699.9075

PENSILVANIA: Medicaid y CHIP

<https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Program.aspx>
800.692.7462
Sitio web de CHIP: <https://www.dhs.pa.gov/CHIP/Pages/CHIP.aspx>
Teléfono del CHIP: 800.986.KIDS (5437)

RHODE ISLAND: Medicaid y CHIP

<http://www.eohhs.ri.gov>
855.697.4347 o 401.462.0311 (Línea directa de Rlte Share)

CAROLINA DEL SUR: Medicaid

<http://www.scdhhs.gov>
888.549.0820

DAKOTA DEL SUR: Medicaid

<http://dss.sd.gov>
888.828.0059

TEJAS: Medicaid

<http://gethipptexas.com>
800.440.0493

UTAH: Medicaid y CHIP

Medicaid: <https://medicaid.utah.gov>
CHIP: <http://health.utah.gov/chip>
877.543.7669

Avisos Legales

VERMONT: Medicaid

<http://www.greenmountaincare.org>
Programa de Pago de Primas de Seguro de Salud (HIPP) | Departamento de Acceso a la Salud de Vermont
800.250.8427

VIRGINIA: Medicaid y CHIP

<https://www.coverva.org/en/famis-select>
<https://www.coverva.org/hipp/>
Medicaid y Chip: 800.432.5924

WASHINGTON: Medicaid

<https://www.hca.wa.gov/>
800.562.3022

VIRGINIA OCCIDENTAL: Medicaid

<https://dhhr.wv.gov/bms/> o <http://mywvhipp.com/>
Medicaid: 304.558.1700
Número gratuito para el CHIP: 855.MyWVHIPP (855.699.8447)

WISCONSIN – Medicaid y CHIP

<https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm>
800.362.3002

WYOMING: Medicaid

<https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/>
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 2023, u obtener más información sobre los derechos de inscripción especial, 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/agencies/ebsa
866.444.EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos
Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
www.cms.hhs.gov
877.267.2323, Opción de Menú 4, Ext. 61565

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

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 una recopilación 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 una recopilación de información si esta no muestra un número de control de la OMB actualmente válido. Consulte 44 U.S.C. 3512.

Se calcula que la carga de registro pública que requiere la tarea de recopilación 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 esta recopilación de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, al Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, Administración de Seguridad de los Beneficios para los Empleados, Oficina de Pólizas e Investigación, A/A: 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 OMB 1210-0137.

Avisos Legales

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.

Avisos Legales

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 cobertura de un plan de salud de grupo (el Plan). Este aviso contiene información importante sobre su derecho a la continuación de cobertura de COBRA, que es una extensión temporal de la cobertura del Plan. **Esta notificación explica la continuación de cobertura de COBRA, cuándo puede estar disponible para usted y su familia y qué debe hacer para proteger su derecho a obtenerla.** Cuando usted es elegible para COBRA, es posible que también pueda ser elegible para otras opciones de cobertura que pueden costar menos que la continuación de cobertura de COBRA.

El derecho a la continuación de cobertura de COBRA fue creado por una ley federal, la Ley COBRA (del inglés *Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act*, Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria) de 1985. 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, es posible que pueda comprar un plan individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Al inscribirse en la cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos, puede calificar para costos más bajos en sus primas mensuales y costos de bolsillo más bajos. Además, puede calificar para un período de inscripción especial de 30 días para otro plan de salud de grupo para el que sea elegible (como el plan de un cónyuge), incluso si ese plan generalmente no acepta inscripciones tardías.

¿Qué es la Continuación de Cobertura de COBRA?

La continuación de cobertura de COBRA es una continuación de la cobertura del Plan cuando esta finalizaría debido a un evento de 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 y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios calificados si la cobertura del Plan se pierde debido a un evento que califica. Según el Plan, los beneficiarios calificados que eligen la continuación de cobertura de COBRA deben pagar la continuación de cobertura de COBRA.

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 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;
- Se reducen las horas de empleo de su cónyuge;
- El empleo de su cónyuge finaliza por cualquier motivo que no sea una falta grave de su parte;

Avisos Legales

- Su cónyuge comienza a tener derecho a los beneficios de Medicare (según la Parte A, la Parte B o ambas); o
- Usted se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge.

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 motivo que no sea una falta grave de su parte;
- El padre-empleado comienza a tener derecho a los beneficios de Medicare (según la Parte A, la Parte B o ambas);
- Los padres se divorcian o se separan legalmente; o
- El hijo deja de ser elegible para la cobertura del Plan como “hijo dependiente”.

¿Cuándo está disponible la 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 obtiene el derecho a recibir los beneficios de Medicare (según la Parte A, la Parte B o ambas).

Para todos los demás eventos que califican (divorcio o separación legal del empleado y del cónyuge o la pérdida de la elegibilidad para la cobertura de un hijo dependiente), usted debe notificar al Administrador del Plan dentro de un período de 60 días a partir del evento que califica. Debe proporcionar este aviso 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 cobertura de COBRA en nombre de sus cónyuges, y los padres pueden elegir la continuación de cobertura de COBRA en nombre de sus hijos.

La continuación de cobertura de COBRA es una continuación temporal de la cobertura que generalmente dura 18 meses debido a la terminación del empleo o la reducción de las horas de trabajo. Ciertos eventos que califican, o un segundo evento que califica 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 cobertura de COBRA y debe durar, al menos, hasta el final del período de 18 meses de la continuación de cobertura de COBRA.

Avisos Legales

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 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 y cualquier hijo dependiente que reciba la continuación de cobertura de COBRA si el empleado o ex empleado muere; comienza a tener derecho a los beneficios de Medicare (según la Parte A, la Parte B o ambas); se divorcia o se separa legalmente; o si el hijo dependiente deja de ser elegible para la cobertura del Plan como hijo dependiente. Esta extensión solo está disponible si el segundo evento que califica habría causado que el cónyuge o el hijo dependiente perdieran la cobertura del Plan si el primer evento que califica no hubiera ocurrido.

¿Existen otras opciones de cobertura además de la Continuación de Cobertura de COBRA?

Sí. En lugar de inscribirse en la continuación de la cobertura en virtud de la Ley COBRA, es posible que haya 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) a través de lo que se denomina “período de inscripción especial”. Algunas de estas opciones pueden costar menos que la continuación de cobertura de 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 período de inscripción especial¹ 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>.

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

Avisos Legales

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, del inglés Employee Retirement Income Security Act), 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, del inglés Employee Benefits Security Administration) del Departamento del 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, 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, para sus registros, de cualquier aviso que envíe al Administrador del Plan.

Información de contacto del Plan

Universidad de Denver
Recursos Humanos
2199 S. University Blvd.
Denver, Colorado 80208
Estados Unidos
303.871.7420

Avisos Legales

Aviso de Cobertura Acreditable

Aviso Importante de la Universidad de Denver sobre su Cobertura de Medicamentos con Receta Médica 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 pensando en la posibilidad de inscribirse, debe comparar su cobertura actual, incluso qué medicamentos están cubiertos a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos de venta con receta 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 de venta con receta.

Hay dos cosas importantes que usted debe saber sobre su cobertura actual y la cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare:

1. La cobertura de medicamentos de venta con receta 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 si 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 una 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?

Usted 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, Período 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 de venta con receta. 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.

¿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.

Avisos Legales

Una vez transcurrido el período de 63 días continuos sin cobertura acreditable de medicamentos de venta con receta, su prima mensual puede aumentar por lo menos un 1 % de la prima básica mensual del beneficiario 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 uniforme, 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 de venta con receta 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 con Receta Médica de Medicare:

En el manual “Medicare y usted” encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos de venta con receta. 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 de la Cobertura de Medicamentos de Venta con Receta 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 800.MEDICARE (800.633.4227). Si es usuario de TTY, llame al 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 del Seguro Social en www.socialsecurity.gov, o llame al 800.772.1213 (TTY 800.325.0778).

Recuerde: Guarde este aviso de Cobertura Acreditable. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que 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: 07/01/2023
Nombre de la Entidad/
Remitente: Universidad de Denver
Contacto: Recursos Humanos
Dirección: 2199 S. University Blvd.
Denver, Colorado 80208
Estados Unidos
Número de teléfono: 303.871.7420

Avisos Legales

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.¹

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 federal y estatal. 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.

¹ El plan de salud patrocinado por el empleador cumple con el “estándar de valor mínimo” si la parte del plan de los costos totales de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costos.

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? Recursos Humanos			
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 a:

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 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 cuyo principal sustento es 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.

Si decide adquirir cobertura en el Mercado, HealthCare.gov lo guiará durante el proceso. A continuación, se muestra la información del empleador que ingresará cuando visite HealthCare.gov para saber si puede obtener un crédito fiscal a fin de reducir las primas mensuales.

La siguiente información corresponde a la Herramienta de Cobertura del Empleador del Mercado. Completar esta sección es opcional para los empleadores, pero ayudará a garantizar que los empleados comprendan sus opciones de cobertura.

13. ¿Es el empleado elegible actualmente para la cobertura ofrecida por este empleador o será elegible en los próximos 3 meses?

Sí (Continuar)

13a. Si el empleado no es elegible hoy, incluso como resultado de un período de espera o de prueba, ¿cuándo es elegible para la cobertura?

No

14. ¿Ofrece el empleador un plan de salud que cumple con el estándar de valor mínimo*?

Sí (Ir a la pregunta 15)

No (DETÉNGASE y devuelva el formulario al empleado)

15. Para el plan de costo más bajo que cumpla con el estándar de valor mínimo¹ ofrecido solo al empleado (no incluye planes familiares): Si el empleador tiene programas de bienestar, proporcione la prima que el empleado pagaría si recibiera el descuento máximo por cualquier programa para dejar de fumar y no recibiera ningún otro descuento basado en programas de bienestar.

a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado en primas por este plan?

b. ¿Con qué frecuencia? Semanalmente Cada dos semanas Dos veces al mes Mensual Trimestral Anual

Si el año del plan finalizará pronto y sabe que los planes de salud ofrecidos cambiarán, vaya a la pregunta 16. Si no lo sabe, DETÉNGASE y devuelva el formulario al empleado.

16. ¿Qué cambios realizará el empleador para el nuevo año del plan?

El empleador no ofrece cobertura médica

El empleador comienza a ofrecer cobertura médica a los empleados o cambia la prima del plan de menor costo disponible solo para el empleado que cumpla con el estándar de valor mínimo*. (La prima debe reflejar el descuento para los programas de bienestar. Consulte la pregunta 15).

a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado en primas por este plan?

¹ Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con el "estándar de valor mínimo" si la parte del plan de los costos totales de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 % de dichos costos (Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código de Impuestos Internos de 1986).

Notas



Notas

Notas



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 asesoramiento legal ni debe interpretarse como tal. 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/Prestaciones.

Esta guía de beneficios fue preparada por



Gallagher

Insurance | Risk Management | Consulting