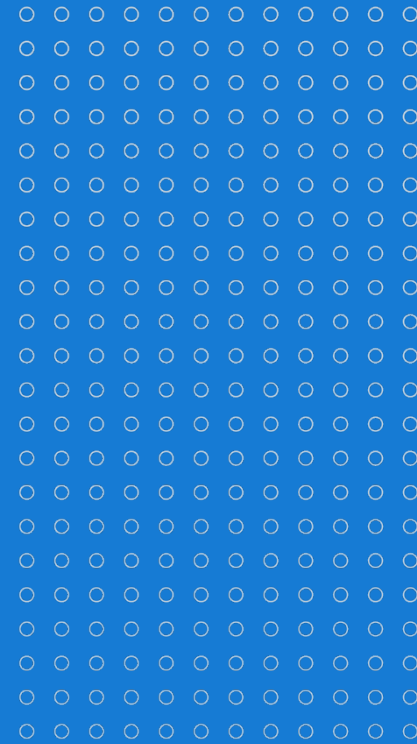


Avisos de beneficios para empleados

1.º de marzo de 2021

Westmont College



Aviso de cobertura comprobable de Medicare Parte D

Aviso importante de Westmont College sobre su cobertura de medicamentos con receta y Medicare

Lea este aviso detalladamente y consérvelo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos con receta que le ofrece Westmont College (el “Patrocinador del plan”) y sobre sus opciones disponibles a través de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Esta información puede ayudarlo a decidir si desea inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare o no. Si está considerando la posibilidad de inscribirse, debe comparar su cobertura actual (incluida la información sobre qué medicamentos están cubiertos y a qué costo) con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos con receta de Medicare en su área. Al final del aviso, encontrará información sobre dónde obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos con receta.

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

- (1) La cobertura de medicamentos con receta de Medicare está disponible desde el año 2006 para todas las personas inscritas en Medicare. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare o en un plan Medicare Advantage (como un plan HMO o PPO) que ofrezca cobertura de medicamentos con receta. Todos los planes de medicamentos de Medicare deben proporcionar, como mínimo, el nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Es posible que algunos planes le ofrezcan una cobertura mayor por una prima mensual más alta.
- (2) El Patrocinador del plan ha determinado que se espera que la cobertura de medicamentos con receta ofrecida por Westmont College Health and Welfare Plan pague en promedio, para todos los participantes del plan, lo mismo que paga la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare y, por lo tanto, se la considera una cobertura comprobable. Como su cobertura actual es cobertura comprobable, puede mantener esta cobertura

y no pagar una prima más alta (una multa) si decide inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

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

Puede hacerlo cuando sea elegible por primera vez para Medicare y todos los años, desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

Sin embargo, si pierde la cobertura de medicamentos con receta comprobable que tiene actualmente, por un motivo que no sea su culpa, también será elegible para un período de inscripción especial de dos (2) meses en el que podrá inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

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

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, es posible que su cobertura actual ofrecida por el Patrocinador del plan se vea afectada. Además, si aun así decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y cancelar su cobertura actual ofrecida por el Patrocinador del plan, tenga en mente que es posible que usted y sus dependientes no puedan volver a recibir esta cobertura.

Comuníquese con la persona que figura al final de este aviso para obtener más información sobre qué sucede con su cobertura si se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare Parte D.

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

También debe saber que, si cancela o pierde la cobertura actual ofrecida por el Patrocinador del plan y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días consecutivos posteriores a la finalización de su cobertura actual, es posible que deba pagar una prima más alta (una multa) para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Si pasa 63 días consecutivos o más sin cobertura de medicamentos con receta comprobable, su prima mensual puede aumentar, como mínimo, un 1 % mensual de la prima base de beneficiarios de Medicare por cada mes que no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin cobertura comprobable, su prima puede ser, como mínimo, un 19 % más alta que la prima base de beneficiarios de

Medicare. Es posible que deba pagar esta prima más alta (multa) mientras tenga cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Además, es posible que deba esperar hasta el siguiente octubre para inscribirse.

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

Comuníquese con la persona que figura más abajo para obtener más información. **NOTA:** Recibirá este aviso todos los años. También lo recibirá antes del próximo período en el que puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y si la cobertura ofrecida por el Patrocinador del plan cambia. Puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para obtener más información sobre sus opciones disponibles a través de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare...

Encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos con receta en el manual *Medicare y usted*. Medicare le enviará por correo una copia del manual todos los años. También es posible que se comuniquen directamente con usted representantes de los planes de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos con receta de Medicare, haga lo siguiente:

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

Si sus ingresos o recursos son limitados, está disponible el programa de ayuda adicional para el pago de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite el sitio web del Seguro Social, www.socialsecurity.gov, o llame al 1-800-772-1213 (TTY: 1-800-325-0778).

Recuerde lo siguiente: Conserve este aviso de cobertura comprobable. Si decide inscribirse en alguno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que deba presentar una copia de este aviso al inscribirse, para demostrar si ha conservado

o no su cobertura comprobable y, por lo tanto, si deberá pagar una prima más alta (una multa) o no.

Fecha:	3/1/2021
Nombre de la entidad/del remitente:	Westmont College
Contacto—Puesto/oficina:	HR Benefits Specialist
Dirección:	955 La Paz Road Santa Barbara, CA 93108
Número de teléfono:	805-565-6101

Aviso de CHIPRA/CHIP

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

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

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

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

Si usted o sus dependientes son elegibles para asistencia con primas bajo Medicaid o CHIP, y también son elegibles bajo el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan de su empleador, si usted aún no está inscrito. Esto se llama oportunidad de "inscripción especial", y **usted debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días de haberse determinado que usted es elegible para la asistencia con las primas**. Si tiene preguntas sobre la inscripción en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento del Trabajo electrónicamente a través de www.askebsa.dol.gov, o llame al servicio telefónico gratuito **1-866-444-EBSA (3272)**.

Si usted vive en uno de los siguientes estados, tal vez sea elegible para asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente es una lista de estados actualizada al 31 de julio de 2020. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad.

ALABAMA – Medicaid	CALIFORNIA – Medicaid
Sitio web: http://myalhipp.com/ Teléfono: 1-855-692-5447	Sitio web: https://www.dhcs.ca.gov/services/Pages/TPLRD_CAUCont.aspx Teléfono: 916-440-5676
ALASKA – Medicaid	COLORADO – Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)
El Programa de Pago de Primas del Seguro de Salud de Alaska Sitio web: http://myakhipp.com/ Teléfono: 1-866-251-4861 Correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad para Medicaid: http://dhss.alaska.gov/dpa/Pages/mcicaid/default.aspx	Sitio web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/es Centro de atención al cliente de Health First Colorado: 1-800-221-3943/ retransmisor del estado: 711 CHP+: https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus Atención al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/ retransmisor del estado: 711 Programa de compra de seguro de salud (HIBI, por sus siglas en inglés): https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/health-insurance-buy-program Atención al cliente de HIBI: 1-855-692-6442
ARKANSAS – Medicaid	FLORIDA – Medicaid
Sitio web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Sitio web: https://www.flmcaidtprecovery.com/flmcaidtprecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268

GEORGIA – Medicaid	MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP
Sitio web: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162 ext. 2131	Sitio web: http://www.mass.gov/eohhs/gov/departments/masshealth/ Teléfono: 1-800-862-4840
INDIANA – Medicaid	MINNESOTA – Medicaid
Healthy Indiana Plan para adultos de bajos ingresos 19-64 Sitio web: http://www.in.gov/fssa/hip/ Teléfono: 1-877-438-4479 Todos los demás Medicaid Sitio web: https://www.in.gov/medicaid/ Telefono: 1-800-457-4584	Sitio web: https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs-and-services/other-insurance.jsp Teléfono: 1-800-657-3739
IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)	MISURI – Medicaid
Sitio web de Medicaid: https://dhs.iowa.gov/ime/members Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366 Sitio web de Hawki: http://dhs.iowa.gov/Hawki Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563	Sitio web: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005
KANSAS – Medicaid	MONTANA – Medicaid
Sitio web: http://www.kdheks.gov/hcf/default.htm Teléfono: 1-800-792-4884	Sitio web: https://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084
KENTUCKY – Medicaid	NEBRASKA – Medicaid
Sitio web del Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP): https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Teléfono: 1-855-459-6328 Por correo electrónico: KIHIPP.PROGRAM@ky.gov Sitio web de KCHIP: https://kidshealth.ky.gov/es/Pages/default.aspx Teléfono: 1-877-524-4718 Sitio web de Medicaid de Kentucky: https://chfs.ky.gov/Pages/spanish.aspx	Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178
LUISIANA – Medicaid	NEVADA – Medicaid
Sitio web: www.medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)	Sitio web de Medicaid: http://dhcfp.nv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900
MAINE – Medicaid	NUEVO HAMPSHIRE – Medicaid
Sitio web por inscripción: http://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Maine relay 711 Página Web para ayuda financiera para el pago de primas de su seguro de salud privado. https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-977-6740 TTY: Maine relay 711	Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/oii/hipp.htm Teléfono: 603-271-5218 Teléfono gratuito para el programa de HIPP: 1-800-852-3345, ext. 5218

NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Teléfono de Medicaid: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710	RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov Teléfono: 1-855-697-4347 o 401-262-0311 (Direct RIt e Share Line)
NUEVA YORK – Medicaid Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831	TEXAS – Medicaid Sitio web: http://pontehiptexas.com/ Teléfono: 1-800-440-0493
CAROLINA DEL NORTE – Medicaid Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov Teléfono: 919-855-4100	UTAH – Medicaid y CHIP Sitio web de Medicaid: https://medicaid.utah.gov/spanish-language Sitio web: https://chip.health.utah.gov/espanol/ Teléfono: 1-877-543-7669
DAKOTA DEL NORTE – Medicaid Sitio web: http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/ Teléfono: 1-844-854-4825	VERMONT – Medicaid Sitio web: http://www.greenmountaincare.org/ Teléfono: 1-800-250-8427
CAROLINA DEL SUR – Medicaid Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820	VIRGINIA – Medicaid y CHIP Sitio web: https://www.cubrevirginia.org/hipp/ Teléfono de Medicaid: 1-800-432-5924 Teléfono de CHIP: 1-855-242-8282
DAKOTA DEL SUR – Medicaid Sitio web: https://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059	WASHINGTON – Medicaid Sitio web: http://www.hca.wa.gov Teléfono: 1-800-562-3022
OKLAHOMA – Medicaid y CHIP Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742	VIRGINIA OCCIDENTAL – Medicaid Sitio web: http://mywvhipp.com/ Teléfono gratuito: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)
OREGÓN – Medicaid Sitio web: https://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx http://oregonhealthcare.gov/index-es.html Teléfono: 1-800-699-9075	WISCONSIN – Medicaid y CHIP Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002
PENSILVANIA – Medicaid Sitio web: http://www.dhs.pa.gov/provider/Providers/Pages/Medicaid/HIPP-Program.aspx Teléfono: 1-800-692-7462	WYOMING – Medicaid Sitio web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Teléfono: 1-800-251-1269

Para saber si otros estados han agregado el programa de asistencia con primas desde el 31 de julio de 2020, o para obtener más información sobre derechos de inscripción especial, comuníquese con alguno de los siguientes:

U.S. Department of Labor
 (Departamento de Trabajo de los EE. UU.)
 Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados
www.dol.gov/agencies/ebsa/es/about-ebsa/our-activities/informacion-en-espanol
 1-866-444-EBSA (3272)

Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.)
 Centros para Servicios de Medicare y Medicaid
www.cms.hhs.gov
 1-877-267-2323, opción de menú 4, Ext. 61565

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

¿Sabe que su plan, conforme a lo exigido por la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998, ofrece beneficios para los servicios relacionados con la mastectomía, lo que incluye todas las etapas de reconstrucción y cirugía para lograr la simetría entre ambos senos, las prótesis y el tratamiento por complicaciones que resulten de una mastectomía, incluidos los linfedemas? Llame al administrador de su plan al **805-565-6101** para obtener más información.

Divulgación del Programa de Bienestar

Aviso de bienestar de HIPAA

Su plan de salud se compromete a ayudarlo a lograr su mejor estado de salud. Se encuentran disponibles para todos los participantes premios por formar parte de un programa de bienestar. Si considera que no puede cumplir con un estándar para un premio de ese programa de bienestar, podría reunir los requisitos para obtener el mismo premio por otros medios. Comuníquese con HR Benefits Specialist, al 955 La Paz Road Santa Barbara, CA 93108, 805-565-6101, benefits@westmont.edu y trabajaremos con usted (y, si lo desea, con su médico) para encontrar un programa de bienestar con el mismo premio que sea adecuado para usted en función de su salud, si es elegible para un estándar alternativo.

Aviso de bienestar de EEOC

es un programa de bienestar voluntario que está disponible para todos los empleados. El programa es administrado según las normas federales que permiten programas de bienestar patrocinados por el empleador que buscan mejorar la salud de los empleados o prevenir enfermedades, incluida la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades de 1990, la Ley contra la Discriminación por Información Genética de 2008 y la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos, según corresponda, entre otras. Si decide participar en el programa de bienestar, se le solicitará que complete una evaluación voluntaria de riesgos de salud o "HRA" que formula una serie de preguntas sobre sus actividades y comportamientos relacionados con la salud y si tiene o ha tenido ciertas enfermedades (p. ej., cáncer, diabetes o enfermedad cardíaca). No es necesario que complete la HRA.

Si decide participar en el programa de bienestar, se le solicitará que complete un examen biométrico, que incluirá un análisis de sangre. No es necesario que participe en el análisis de sangre ni en otros exámenes médicos.

Sin embargo, los empleados que decidan participar en el programa de bienestar recibirán un incentivo. Si bien no es necesario que participe, solamente los empleados que lo hagan recibirán el incentivo.

Pueden existir incentivos adicionales de hasta [Insert Description on Incentive \(in Spanish\)](#) para los empleados que participen en ciertas actividades relacionadas con la salud [Insert Description of Activity \(in Spanish\)](#) o que alcancen ciertos objetivos de salud [Specify the Health Outcome \(in Spanish\)](#). Si no puede participar en ninguna de las actividades relacionadas con la salud ni alcanzar ninguno de los objetivos de salud necesarios para obtener un incentivo, puede tener derecho a una adaptación razonable o a un estándar alternativo. Si desea solicitar una adaptación razonable o un estándar alternativo, comuníquese con [al , , .](#)

Los resultados de su examen se utilizarán para brindarle información que lo pueda ayudar a entender su estado de salud actual y los posibles riesgos, así como también se podrán utilizar para ofrecerle servicios a través del programa de bienestar. Se le recomienda también que comparta sus resultados o inquietudes con su propio médico.

Protecciones de la divulgación de información médica

La ley nos exige mantener la privacidad y seguridad de su información de salud de carácter personal. Aunque el programa de bienestar y Westmont College pueden utilizar información adicional que recopilan para diseñar un programa basado en los riesgos de salud identificados en el lugar de trabajo, nunca divulgará ningún tipo de información personal, ya sea públicamente o al empleador, salvo que sea necesario para responder a su solicitud para una adaptación razonable que se requiere para participar en el programa de bienestar o según lo que permita expresamente la ley. La información médica que lo identifica personalmente y que se suministra en relación con el programa de bienestar no se proporcionará a sus supervisores ni gerentes, y nunca se utilizará para tomar decisiones sobre su empleo.

Su información de salud no se venderá, intercambiará, transferirá ni divulgará, salvo en la medida en que lo permita la ley, para realizar actividades específicas relacionadas con el programa de bienestar y no se le pedirá ni se le solicitará que renuncie a la confidencialidad de su información de salud como condición para participar en el programa de bienestar o para recibir un incentivo. Cualquier persona que reciba su información con el propósito de brindarle servicios como parte del programa de bienestar cumplirá con los mismos requisitos de confidencialidad. Los únicos individuos que recibirán su información de salud de carácter personal para brindarle servicios conforme al programa de bienestar.

Además, toda la información médica que se obtenga a través del programa de bienestar se mantendrá separada de sus registros de personal; la información que se almacene en formato electrónico se encriptará y no se utilizará ninguna información que usted brinde como parte del programa de bienestar para tomar decisiones de empleo. Se tomarán las precauciones adecuadas para evitar cualquier filtración de datos y, en caso de que ocurra dicha filtración e involucre información que usted suministra en relación con el programa de bienestar, se lo notificaremos de inmediato.

Usted no será discriminado en el empleo debido a la información médica que proporcione como parte de su participación en el programa de bienestar ni será sometido a represalias si decide no participar.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre este aviso o sobre las protecciones contra la discriminación y las represalias, comuníquese con HR Benefits Specialist al 955 La Paz Road Santa Barbara, CA 93108, 805-565-6101, benefits@westmont.edu.

Notificación de disponibilidad del *Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA*

Westmont College
955 La Paz Road Santa Barbara, CA 93108
3/1/2021

Para: Participantes de los planes FSA

De: , HR Benefits Specialist

Asunto: Disponibilidad del *Aviso de prácticas de privacidad*

Los planes FSA (cada uno de ellos un "Plan") cuentan con un *Aviso de prácticas de privacidad* que brinda información a las personas cuya información protegida de salud será utilizada o almacenada por el Plan. Si desea obtener una copia del *Aviso de prácticas de privacidad* del Plan, comuníquese con HIPAA Officer al 955 La Paz Road Santa Barbara, CA 93108, 805-565-6101, benefits@westmont.edu.

Divulgaciones sobre la protección de pacientes

Westmont College Health and Welfare Plan generalmente exige la designación de un proveedor de atención primaria. Usted tiene derecho a designar a cualquier proveedor de atención primaria que pertenezca a nuestra red y que se encuentre disponible para aceptarlo a usted o a sus familiares. Hasta que realice la designación, Westmont College Health and Welfare Plan designará uno para usted. Si desea obtener información sobre cómo seleccionar un proveedor de atención primaria o si desea recibir el listado de proveedores de atención primaria participantes, comuníquese con , HR Benefits Specialist al 955 La Paz Road Santa Barbara, CA 93108, 805-565-6101, benefits@westmont.edu.

En caso de que tenga hijos, podrá designar un pediatra como proveedor de atención primaria.

No es necesario contar con una autorización previa de Westmont College Health and Welfare Plan ni de ninguna otra persona (incluido el proveedor de atención primaria) para recibir atención obstétrica o ginecológica de profesionales de atención de salud especializados en este tipo de atención que pertenezcan a la red. No obstante, es posible que el profesional de atención de salud deba cumplir con determinados procedimientos, como la obtención de autorizaciones previas para prestar ciertos servicios conforme a un plan de tratamiento aprobado previamente o procedimientos para realizar remisiones. Si desea obtener un listado de los profesionales de atención de salud participantes especializados en obstetricia o ginecología, comuníquese con , HR Benefits Specialist al 955 La Paz Road Santa Barbara, CA 93108, 805-565-6101, benefits@westmont.edu.

Aviso sobre las opciones de cobertura del mercado

Nuevas opciones de cobertura del mercado de seguros médicos y su cobertura de salud

PARTE A: Información general

Cuando las principales disposiciones de la ley sobre atención de salud entraron en vigor 2014, se creó una nueva manera de adquirir seguros de salud: el mercado de seguros médicos. Este aviso pretende ayudarlo a evaluar las opciones disponibles para usted y su familia. Para ello, le brinda información básica sobre el nuevo mercado de seguros médicos y la cobertura de salud que ofrece su empleador.

¿Qué es el mercado de seguros médicos?

Este mercado se creó para ayudarlo a encontrar un seguro de salud que satisfaga sus necesidades y se adapte a su presupuesto. Este mercado ofrece múltiples opciones en un solo lugar que le permitirán encontrar y comparar opciones de seguros de salud privados. También puede ser elegible para un nuevo tipo de crédito tributario, que reduce el costo mensual de su prima de inmediato. La inscripción abierta en la cobertura de seguro de salud a través del mercado comienza el 1.º de noviembre de 2020 para las coberturas que empiezan el 1.º de enero de 2021.

¿Puedo ahorrar dinero en las primas de mi seguro de salud en el mercado?

Puede reunir los requisitos para ahorrar dinero y reducir sus primas mensuales, pero solo si su empleador no ofrece cobertura o si lo hace, pero esta no cumple con ciertos estándares. Los ahorros en primas para los cuales es elegible dependen de los ingresos de su familia.

¿La cobertura de salud del empleador afecta la elegibilidad para los ahorros en primas a través del mercado?

Sí. Si su empleador le ofrece cobertura de salud que cumple con ciertos estándares, no será elegible para un crédito tributario otorgado mediante el mercado. Entonces, le convendría inscribirse en el plan de salud de su empleador. Sin embargo, puede ser elegible para un crédito tributario que reduzca su prima mensual o para una reducción en ciertos costos compartidos si su empleador no le ofrece cobertura de ningún tipo o no ofrece una cobertura que cumple con ciertos estándares. Si el costo del plan de su empleador que le brindaría cobertura a usted (y no a cualquier otro miembro de su familia) supera el 9.5 % del ingreso anual de su grupo familiar, o si la cobertura que brinda el empleador no cumple con el estándar de valor mínimo establecido por la Ley de Cuidado de Salud Asequible, usted puede ser elegible para un crédito tributario.¹

Nota: Si adquiere un plan de salud a través del mercado en lugar de aceptar la cobertura de salud ofrecida por su empleador, es posible que pierda la contribución del empleador (si existiera) a la cobertura que este le ofrece. Además, esta contribución del empleador (así como su contribución como empleado a la cobertura ofrecida por el empleador), a menudo, se excluye del ingreso a los efectos del impuesto federal y estatal sobre la renta. Los pagos a la cobertura obtenida a través del mercado se realizan después de impuestos.

¿Cómo puedo obtener más información?

Si desea obtener más información sobre la cobertura que ofrece su empleador, consulte la *Descripción resumida del plan* o comuníquese con , **HR Benefits Specialist** al **955 La Paz Road Santa Barbara, CA 93108, 805-565-6101, benefits@westmont.edu**.

El mercado puede ayudarlo a evaluar sus opciones de cobertura, incluida su elegibilidad para la cobertura a través del mercado y su costo. Visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) para obtener más información, incluida una solicitud en línea para acceder a una cobertura de seguro de salud e información de contacto del mercado de seguros médicos de su área.

¹ Un plan de salud patrocinado por un empleador cumple con el "estándar de valor mínimo" si el aporte del plan a los costos totales permitidos de los beneficios cubiertos por el plan es, como mínimo, el 60 % de dichos costos.

Parte B: Información sobre cobertura de salud ofrecida por su empleador

Esta sección contiene información sobre la cobertura de salud ofrecida por su empleador. Si decide completar una solicitud de cobertura en el mercado, le pedirán esta información. Esta información se enumera según la solicitud del

3. Nombre del empleador Westmont College	4. Número de identificación del empleador 95-1684793
5. Dirección del empleador, 7. Ciudad, 8. Estado, 9. Código postal 955 La Paz Road Santa Barbara, CA 93108	6. Número de teléfono del empleador 805-565-6101
10. ¿A quién podemos contactar para hacer consultas sobre la cobertura de salud para empleados en este trabajo? , HR Benefits Specialist	
11. Número de teléfono (si es diferente del anterior) 805-565-6101	12. Dirección de correo electrónico benefits@westmont.edu

mercado.

A continuación, encontrará información básica sobre la cobertura de salud que ofrece su empleador:

- Como empleador, ofrecemos un plan de salud para las siguientes personas:

Todos los empleados. Los empleados elegibles incluyen:

Algunos empleados. Los empleados elegibles incluyen:

Trabajando más de 30 horas por semana

- Respecto de los dependientes:

Ofrecemos cobertura. Los dependientes elegibles son:

Sus hijos que son sus hijos biológicos, hijastros, hijos adoptivos o hijos para quienes tiene custodia legal (pueden aplicarse restricciones de edad). Los niños discapacitados de 26 años o mayores que cumplen con ciertos criterios pueden continuar con su cobertura de salud. Su cónyuge legalmente casado.

No ofrecemos cobertura.

- Si marca aquí, quiere decir que esta cobertura cumple con el estándar de valor mínimo y que se pretende que el costo que usted debe pagar por esta cobertura sea accesible según su salario como empleado.

Incluso si su empleador ofrece una cobertura asequible, usted puede ser elegible para recibir un descuento en las primas a través del mercado. El mercado utilizará el ingreso del grupo familiar, junto con otros factores, para establecer si es elegible o no para un descuento en las primas. Si, por ejemplo, su salario varía de semana a semana (porque trabaja por hora o por comisiones), fue contratado a mitad de año o tiene otras pérdidas de ingreso, es posible que reúna los requisitos para recibir un descuento en las primas.

Aviso de derechos de inscripción especial

Si desea no inscribirse ni inscribir a sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a que cuenta con otro seguro de salud o cobertura de un plan de salud colectivo, 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 realizar las contribuciones a su otra cobertura o la de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los **30 días** posteriores a la finalización de su otra cobertura o la de sus dependientes (o posteriores a la fecha en la que el empleador deja de realizar las contribuciones a la otra cobertura).

Además, si tiene un nuevo dependiente como consecuencia de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción, podrá inscribirse e inscribir a sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los **30 días** posteriores al matrimonio, el nacimiento, la adopción o la colocación en adopción.

A partir del 1.º de abril de 2009, si tiene lugar alguno de los dos hechos que se describen a continuación, usted tendrá **60 días**, contados a partir del hecho, para solicitar la inscripción en el plan de su empleador:

- Sus dependientes pierden la cobertura de Medicaid o CHIP porque dejaron de ser elegibles.
- Sus dependientes pasan a ser elegibles para recibir un subsidio del programa estatal de asistencia para el pago de primas.

Para hacer uso de sus derechos de inscripción especial, debe experimentar un hecho calificador y notificárselo oportunamente al empleador y presentar la solicitud de inscripción.

Para solicitar inscripción especial u obtener más información, comuníquese con **Westmont College**, Departamento de Recursos Humanos, al **805-565-6101**.

Aviso general de COBRA

Aviso general de los derechos de la cobertura de continuación de COBRA

Derechos de la cobertura de continuación conforme a la ley COBRA

Introducción

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

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

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

¿Qué es la cobertura de continuación de COBRA?

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

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

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

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

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

Sus hijos dependientes se convertirán en beneficiarios que cumplen con los requisitos si pierden la cobertura

del Plan debido a estos eventos específicos:

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

A veces, presentar una solicitud de declaración de quiebra conforme al Título 11 del Código de Estados Unidos puede ser un evento habilitante. Si se presenta una solicitud de declaración de quiebra con respecto a Westmont College y esa quiebra causa la pérdida de la cobertura de cualquier empleado jubilado cubierto por el Plan, el empleado jubilado se convertirá en un beneficiario que cumple con los requisitos. El cónyuge del empleado jubilado, el cónyuge sobreviviente y los hijos dependientes también se convertirán en beneficiarios que cumplen con los requisitos si la quiebra causa la pérdida de la cobertura del Plan.

¿Cuándo está disponible la cobertura de continuación de COBRA?

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

- la terminación del empleo o la reducción de las horas de empleo;
- la muerte del empleado;
- el inicio de una solicitud de declaración de quiebra con respecto al empleador; o
- el hecho de que el empleado adquiriera el derecho a recibir los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas).

Para todos los otros eventos específicos (divorcio o separación legal del empleado y el cónyuge, o hijo dependiente que pierde la elegibilidad para la cobertura como hijo dependiente), debe avisarle al administrador del Plan en los 30 días posteriores a que se produzca el evento habilitante. Debe proporcionarle este aviso a: Discovery Benefits 866.451.3399, customerservice@discoverybenefits.com.

¿Cómo se proporciona la cobertura de continuación de COBRA?

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

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

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

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

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

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

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

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

Sí. En lugar de inscribirse en la cobertura de continuación de COBRA, puede haber otras opciones de cobertura para usted y su familia a través del mercado de seguros médicos, Medicaid u otras opciones de un plan de salud grupal (por ejemplo, el plan de su cónyuge) mediante lo que se denomina un “período de inscripción especial”. Es posible que algunas de estas opciones cuesten menos que la cobertura de continuación de COBRA. Puede encontrar más información sobre muchas de estas opciones en www.healthcare.gov.

¿ Puedo inscribirme en Medicare, en caso de ser elegible, después de que finalice la cobertura de mi plan de salud colectivo?

En general, después del período de inscripción inicial, hay un período de inscripción especial de 8 meses^[1] para inscribirse en Medicare Parte A o B, que comienza cuando ocurre lo primero de lo siguiente:

- El mes posterior a la finalización del empleo.
- El mes posterior a la finalización de la cobertura del plan de salud colectivo basada en el empleo actual.

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

Si está inscrito tanto en COBRA como en Medicare, Medicare será generalmente el pagador principal. Es posible que algunos planes “disminuyan” el monto que Medicare pagaría en caso de ser el pagador principal, incluso si usted no está inscrito.

Para obtener más información, visite www.medicare.gov/medicare-and-you

Si tiene preguntas

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

^[1] www.medicare.gov/sign-up-change-plans/how-do-i-get-parts-a-b/part-a-part-b-sign-up-periods

EBSA). Para obtener más información acerca del mercado de seguros médicos, visite www.HealthCare.gov.

Informe a su plan si cambia de dirección

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

Información de contacto del Plan

HR Benefits Specialist al 955 La Paz Road Santa Barbara, CA 93108, 805-565-6101, benefits@westmont.edu.