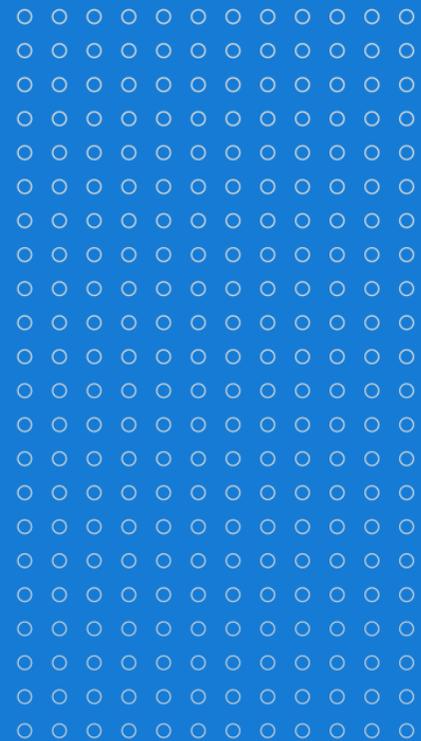


Avisos de beneficios para empleados

1.º de marzo de 2023

Westmont College



Aviso de cobertura comprobable de Medicare Parte D

Aviso Importante de Westmont College Sobre su Cobertura para Recetas Médicas y Medicare

Por favor lea este aviso cuidadosamente y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual para recetas médicas con Westmont College (el “Patrocinador del plan”) y sus opciones bajo la cobertura de Medicare para medicamentos recetados. Además, le menciona dónde encontrar más información que le ayude a tomar decisiones sobre su cobertura para medicinas. Si usted está considerando inscribirse, debe comparar su cobertura actual, incluyendo los medicamentos que están cubiertos a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicinas recetadas en su área. Información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados se encuentra al final de este aviso.

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

- (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 la cobertura para recetas médicas ofrecida por el Westmont College Health and Welfare Plan en promedio se espera que pague tanto como lo

hará la cobertura estándar de Medicare para recetas médicas para todos los participantes del plan y por lo tanto es considerada Cobertura Acreditable. Debido a que su cobertura actual es Acreditable, usted puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una penalidad), si más tarde decide inscribirse en un plan de Medicare.

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

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

Sin embargo, si pierde su cobertura actual acreditable, y no es su culpa, usted será elegible para dos (2) meses en el Período de Inscripción Especial (SEP) para subscribirse en un Plan Medicare de medicinas.

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

Si decide inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos recetados, su cobertura actual con el Patrocinador del plan puede ser 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 usted pagará una prima más alta (penalidad) para inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos?

Usted debe saber también que si cancela o pierde su cobertura actual con el Patrocinador del plan y deja de inscribirse en una cobertura de Medicare para recetas médicas después de que su cobertura actual

termine, podría pagar más (una penalidad) por inscribirse más tarde en una cobertura de Medicare para recetas médicas.

Si usted lleva 63 días o más sin cobertura acreditable para recetas médicas que sea por lo menos tan buena como la cobertura de Medicare para recetas médicas, su prima mensual aumentará por lo menos un 1% al mes por cada mes que usted no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si usted lleva diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima siempre será por lo menos 19% más alta de lo que la mayoría de la gente paga. Usted tendrá que pagar esta prima más alta (penalidad) mientras tenga la cobertura de Medicare. Además, usted tendrá que esperar hasta el siguiente mes de octubre para inscribirse.

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

Llame a nuestra oficina para más información. **NOTA:** Usted recibirá este aviso cada año. Recibirá el aviso antes del próximo período en el cual usted puede inscribirse en la cobertura de Medicare para recetas médicas, y en caso de que esta cobertura con el Patrocinador del plan cambie. Además, usted puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

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

Revise el manual “Medicare y Usted” para información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura para recetas médicas. Medicare le enviará por correo un ejemplar del manual. Tal vez los planes de Medicare para recetas médicas le llamen directamente. Asimismo, usted puede obtener más información sobre los planes de Medicare para recetas médicas de los siguientes lugares:

- Visite www.medicare.gov por Internet para obtener ayuda personalizada,
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte su manual Medicare y Usted para obtener los números telefónicos)

- Llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

Para las personas con ingresos y recursos limitados, hay ayuda adicional que paga por un plan de Medicare para recetas médicas. El Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) tiene disponible información sobre esta ayuda adicional. Para más información sobre esta ayuda adicional, visite la SSA en línea en www.socialsecurity.gov por Internet, o llámeles al 1-800-772-1213 (Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-800-325- 0778).

Recuerde: Guarde este aviso. Si se inscribe en uno de los nuevos planes aprobados por Medicare que ofrece cobertura de medicamentos recetados, tal vez necesite dar una copia de este aviso cuando se inscriba a fin de demostrar si mantiene o no una cobertura acreditable y si debe pagar una prima más alta (una penalidad).

Fecha:	3/1/2023
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 <https://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 2022. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad.

ALABAMA – Medicaid	ARKANSAS – Medicaid
Sitio web: http://myalhipp.com Teléfono: 1-855-692-5447	Sitio web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)
ALASKA – Medicaid	CALIFORNIA – Medicaid
El Programa de Pago de Alaska primas del seguro médico Sitio web: http://myakhipp.com Teléfono: 1-866-251-4861 Por correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad de Medicaid: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx	Sitio web: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program http://dhcs.ca.gov/hipp Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Por correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov
COLORADO – Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)	KENTUCKY – Medicaid
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	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: KIHIP.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

<p align="center">FLORIDA – Medicaid</p>	<p align="center">LOUISIANA – Medicaid</p>
<p>Sitio web: https://www.flmedicaidtprecovery.com/flmedicaidtprecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268</p>	<p>Sitio web: www.medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/la hipp Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)</p>
<p align="center">GEORGIA – Medicaid</p>	<p align="center">MAINE – Medicaid</p>
<p>Sitio web de GA HIPP: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162, Presiona 1 Sitio web de GA CHIPRA: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Teléfono: (678) 564-1162, Presiona 2</p>	<p>Sitio web por inscripción: http://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Maine relay 711 Página Web por primos de seguro de salud privado: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-977-6740 TTY: Maine relay 711</p>
<p align="center">INDIANA - Medicaid</p>	<p align="center">MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP</p>
<p>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/ Teléfono: 1-800-457-4584</p>	<p>Sitio web: https://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840 TTY: (617) 886-8102</p>
<p align="center">IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)</p>	<p align="center">MINNESOTA – Medicaid</p>
<p>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 de HIPP; https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp Teléfono de HIPAA: 1-888-346-9562</p>	<p>Sitio web: https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp Teléfono: 1-800-657-3739</p>
<p align="center">KANSAS – Medicaid</p>	<p align="center">MISSOURI – Medicaid</p>
<p>Sitio web: https://www.kancare.ks.gov/ Teléfono: 1-800-792-4884</p>	<p>Sitio web: https://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005</p>
<p align="center">MONTANA – Medicaid</p>	<p align="center">DAKOTA DEL SUR – Medicaid</p>
<p>Sitio web: https://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084 Por correo electrónico: HSHIPPProgram@mt.gov</p>	<p>Sitio web: https://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059</p>
<p align="center">NEBRASKA – Medicaid</p>	<p align="center">OKLAHOMA – Medicaid y CHIP</p>
<p>Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178</p>	<p>Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742</p>
<p align="center">NEVADA – Medicaid</p>	<p align="center">OREGON – Medicaid</p>
<p>Sitio web de Medicaid: http://dhcnp.nv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900</p>	<p>Sitio web: https://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-800-699-9075</p>
<p align="center">NUEVO HAMPSHIRE – Medicaid</p>	<p align="center">PENSILVANIA – Medicaid</p>
<p>Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Teléfono: 603-271-5218 Teléfono gratuito para el programa de HIPP: 1-800-852-3345, ext. 5218</p>	<p>Sitio web: https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Program.aspx Teléfono: 1-800-692-7462</p>

NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP	RHODE ISLAND – 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	Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov Teléfono: 1-855-697-4347 o 401-462-0311 (Direct RItE Share Line)
NUEVA YORK – Medicaid	TEXAS – Medicaid
Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831	Sitio web: http://pontehiptexas.com/ Teléfono: 1-800-440-0493
CAROLINA DEL NORTE – Medicaid	UTAH – Medicaid y CHIP
Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov Teléfono: 919-855-4100	Sitio web de Medicaid: https://medicaid.utah.gov/spanish-language Sitio web de CHIP: https://chip.health.utah.gov/espanol/ Teléfono: 1-877-543-7669
DAKOTA DEL NORTE – Medicaid	VERMONT– Medicaid
Sitio web: http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/ Teléfono: 1-844-854-4825	Sitio web: http://www.greenmountaincare.org/ Teléfono: 1-800-250-8427
CAROLINA DEL SUR – Medicaid	VIRGINIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820	Sitio web: https://www.coverva.org/es/famis-select https://www.coverva.org/es/hipp Teléfono de Medicaid: 1-800-432-5924 Teléfono de CHIP: 1-800-432-5924
WASHINGTON – Medicaid	WISCONSIN – Medicaid y CHIP
Sitio web: http://www.hca.wa.gov Teléfono: 1-800-562-3022	Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002
WEST VIRGINIA – Medicaid	WYOMING – Medicaid
Sitio web: https://dhhr.wv.gov/bms/ http://mywvhipp.com/ Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 Teléfono gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)	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 2022, 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 Lorraine Yoro, 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

Westmont Wellness 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 para los empleados que participen en ciertas actividades relacionadas con la salud o que alcancen ciertos objetivos de salud. 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 Lorraine Yoro, HR Benefits Specialist, al 955 La Paz Road Santa Barbara, CA 93108, 805-565-6101, benefits@westmont.edu.

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 Lorraine Yoro, 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
3/1/2023

Para: Participantes de los planes FSA

De: Lorraine Yoro, HR Benefits Specialist

Asunto: Disponibilidad del *Aviso de prácticas de privacidad*

Los planes FSA e (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 Lorraine Yoro, 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 exige, en general, la designación de un proveedor de cuidados primarios. Usted tiene derecho a designar a cualquier proveedor de cuidados primarios que participe en nuestra red y esté disponible para aceptarlo(a) a usted o a sus familiares. Hasta que realice la designación, Westmont College Health and Welfare Plan designará uno para usted. Para obtener información sobre cómo seleccionar un proveedor de cuidados primarios, y para una lista de los proveedores de cuidado primarios participantes, comuníquese con el Lorraine Yoro, HR Benefits Specialist al 955 La Paz Road Santa Barbara, CA 93108, 805-565-6101, benefits@westmont.edu.

Para los menores, usted podrá designar un pediatra como el proveedor de cuidados primarios.

Usted no necesita autorización previa de Westmont College Health and Welfare Plan o de cualquier otra persona (incluido un proveedor de cuidados primarios) a fin de obtener acceso a atención obstétrica o ginecológica de un profesional de salud en nuestra red que se especialice en obstetricia o ginecología. Sin embargo, el profesional de salud puede ser requerido conformarse con ciertos procedimientos, inclusive obtener autorización previa para ciertos servicios, siguiendo un plan de tratamiento previamente aprobado, o procedimientos de hacer referidos. Para obtener una lista de profesionales de salud participantes especializados en obstetricia o ginecología, comuníquese con Lorraine Yoro, 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 en el mercado de seguros médicos y su cobertura médica

PARTE A: Información general

Cuando entren en vigencia las partes clave de la ley de salud en el 2014, habrá una nueva forma de adquirir seguros médicos: a través del mercado de seguros médicos. A fin de ayudarle mientras evalúa las opciones para usted y su familia, este aviso brinda información básica sobre el nuevo mercado y la cobertura médica basada en el empleo que brinda su empleador.

¿Qué es el mercado de seguros médicos?

El mercado está diseñado para ayudarle a encontrar un seguro médico que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El mercado ofrece opciones de compra en un solo sitio, para buscar y comparar opciones de seguros médicos privados. También es posible que sea elegible para un nuevo tipo de crédito tributario que reduce su prima mensual de inmediato. El periodo de inscripción para la cobertura de seguro médico a través del mercado comienza el 1.º de noviembre de 2022 para la cobertura que comienza el 1.º de enero de 2023.

¿Puedo ahorrar dinero en las primas del seguro médico que ofrece el mercado?

Es posible que tenga la oportunidad de ahorrar dinero y reducir su prima mensual, pero solo si su empleador no ofrece cobertura médica u ofrece una cobertura que no cumple con determinadas normas. Los ahorros en la prima por la cual puede ser elegible dependen de los ingresos de su familia.

¿La cobertura médica del empleador afecta la elegibilidad para los ahorros en la prima a través del mercado?

Sí. Si su empleador brinda cobertura médica que cumple con determinadas normas, no será elegible para un crédito tributario a través del mercado y es posible que desee inscribirse en el plan de salud de su empleador. No obstante, es posible que sea elegible para un crédito tributario que reduce la prima mensual o para una reducción en la cuota de los costos si su empleador no brinda cobertura o no brinda cobertura que cumple con determinadas normas. Si el costo del plan de su empleador que le brindaría cobertura a usted (y no, a los demás miembros de la familia) supera el 9.5 % del ingreso anual de su familia, o si la cobertura médica que brinda su empleador no cumple con la norma de "valor mínimo" establecida por la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act o ACA, por sus siglas en inglés), es posible que sea elegible para un crédito tributario.¹

Nota: Si adquiere un plan de salud a través del mercado en lugar de aceptar la cobertura médica que brinda su empleador, es posible que pierda las contribuciones (si las hay) que el empleador da para la cobertura médica que brinda. Además, las contribuciones del empleador (así como sus las contribuciones como empleado para la cobertura médica que brinda el empleador) a menudo se excluyen del ingreso sujeto impuesto federal y estatal. Los pagos para la cobertura médica a través del mercado se realizan después de impuestos.

¿Cómo puedo obtener más información?

Para obtener más información sobre la cobertura que brinda el empleador, consulte el resumen de la descripción del Plan o comuníquese con **Lorraine Yoro, 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 sus costos. Visite CuidadoDeSalud.gov para obtener más información, incluida una solicitud en línea de cobertura de seguros médicos e información de contacto para un mercado de seguros médicos en su área.

¹ Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con la "norma de valor mínimo" si la participación del plan en 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 brinda su empleador

Esta sección incluye información sobre la cobertura médica que brinda su empleador. Si decide completar una solicitud de cobertura

3. Nombre del empleador Westmont College	4. Número de identificación del empleador (EIN, por sus siglas en inglés) 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. ¿Con quién podemos comunicarnos en relación con la cobertura médica del empleado en este empleo? Lorraine Yoro, HR Benefits Specialist	
11. Número de teléfono (si difiere del que figura arriba) 805-565-6101	12. Dirección de correo electrónico benefits@westmont.edu

médica en el mercado, deberá brindar esta información. Esta información está enumerada de forma tal que coincida con la solicitud del mercado.

A continuación, encontrará información básica sobre la cobertura médica que brinda este empleador:

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

- Todos los empleados.
- Algunos empleados. Los empleados elegibles son los siguientes:

Trabajando más de 30 horas por semana

- En cuanto a los dependientes:

- Sí ofrecemos cobertura médica. Los dependientes elegibles son los siguientes:

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 médica.

- Si marca esta opción, esta cobertura médica cumple con la norma de valor mínimo. Asimismo, el costo de la cobertura se pretende que sea asequible para usted según los salarios de los empleados.

Incluso si el objetivo de su empleador es brindarle cobertura asequible, es posible que sea elegible para obtener un descuento en la prima a través del mercado. El mercado utilizará el ingreso de su grupo familiar, junto con otros factores, para determinar si es elegible para recibir un descuento en la prima. Si, por ejemplo, sus salarios varían de una semana a la otra (tal vez es un empleado por hora o trabaja con comisiones), si fue contratado recientemente a mitad de año o si tiene otras pérdidas de ingreso, aún así es posible que reúna los requisitos para recibir un descuento en la prima.

Si decide adquirir cobertura a través del mercado, visite CuidadoDeSalud.gov para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo. Aquí encontrará la información del empleador que debe ingresar cuando visita CuidadoDeSalud.gov para saber si puede obtener un crédito tributario para reducir las primas mensuales.

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 adquiera 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: Lorraine Yoro.

¿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 EBSA). Para obtener más información acerca del mercado de seguros

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

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

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