En sus marcas, listos, inscríbanse

The Claremont Colleges

Beneficios 2023

Pomona College · Claremont Graduate University · Scripps College · Claremont McKenna College · Harvey Mudd College · Pitzer College · KGI Keck Graduate Institute · The Claremont Colleges Services · California Botanic Garden

EMPEZANDO

BENEFICIOS 2023
1 de enero de 2023
hasta
31 de diciembre de 2023

Ya sea que se esté inscribiendo en los beneficios por primera vez, a punto de jubilarse o en algún punto intermedio, The Claremont Colleges lo apoya con programas de beneficios y recursos para ayudarlo a prosperar hoy y prepararse para el mañana.

Esta guía proporciona una descripción general de su cobertura de atención médica, vida, discapacidad, beneficios de jubilación y más.

Encontrará consejos que lo ayudarán a comprender su cobertura médica, ahorrar tiempo y dinero en atención médica, reducir impuestos y equilibrar su trabajo y su vida familiar. Revise la cobertura y las herramientas disponibles para aprovechar al máximo su paquete de beneficios.

¿QUIÉN ES ELEGIBLE PARA LOS BENEFICIOS?

CUANDO PUEDE INSCRIBIRSE

Puede inscribirse en los beneficios como nuevo empleado o durante el periodo anual de inscripción abierta. Debe inscribirse dentro de los 31 días posteriores a su fecha de elegibilidad para beneficios.

Si pierde la fecha límite de inscripción, deberá esperar hasta la próxima inscripción abierta (la única vez al año en que puede realizar cambios en sus beneficios por cualquier motivo). Si se inscribe tarde, las primas se deducirán a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura.

Empleados

Usted es elegible si es un empleado regular programado para trabajar al menos 20 horas por semana, o un empleado del Jardín Botánico de California que está programado para trabajar al menos 30 horas por semana.

El empleado elegible para beneficios se define como:

- Un miembro de la facultad que está programado para trabajar al menos medio tiempo durante al menos un semestre, con la excepción de la facultad adjunta en Claremont Graduate University (CGU), o
- Un miembro de la facultad que está programado para enseñar al menos tres clases durante el año académico, o
- Un miembro del personal en un puesto regular que está programado para trabajar al menos 20 horas por semana, o
- Un empleado elegible para beneficios, basado en subvenciones en CGU, como:
    - Un empleado contratado en un puesto financiado por una subvención que incluye específicamente los gastos del empleador para la cobertura de beneficios, Y QUE
    - El empleado cumpla con el número requerido de horas de trabajo programadas definidas anteriormente, o
- Miembros del personal del Jardín Botánico de California en un puesto regular que estén programados para trabajar 30 horas o más por semana.

Dependientes elegibles

- Cónyuge
- Pareja de hecho
- Hijos naturales, adoptados o hijastros hasta los 26 años de edad. Los hijos de la pareja de hecho son elegibles
- Hijos mayores de 26 años que estén discapacitados y dependan de usted para su manutención
- Niños nombrados en una Orden Calificada de Manutención Médica de Niños (QMCSO)

Cobertura de pareja doméstica– *El IRS no reconoce a las parejas de hecho como dependientes legales para efectos de la declaración de impuestos. Por esta razón, The Claremont Colleges debe informar el valor (subsidio del empleador) de los beneficios médicos. Las contribuciones de los empleados para los beneficios de las parejas de hecho se realizan después de impuestos.*

CAMBIE SUS BENEFICIOS

LA VIDA PASA

Un cambio en su vida puede permitirle actualizar sus elecciones de beneficios. Mire el video para ver rápidamente sus opciones.

SE APLICAN TRES REGLAS PARA HACER CAMBIOS A SUS BENEFICIOS DURANTE EL AÑO:

1. Cualquier cambio que realice debe ser coherente con el cambio de estado.
2. Debe realizar el cambio dentro de los 31 días posteriores a la fecha en que ocurre el evento. Si se inscribe tarde, las primas se deducirán a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura.
3. Se requiere toda la documentación adecuada para cubrir a los dependientes (actas de matrimonio, actas de nacimiento, etc.).

Fuera de la inscripción abierta, es posible que pueda inscribirse o realizar cambios en sus elecciones de beneficios si tiene un gran cambio en su vida, que incluye:

- Cambio en el estado civil legal
- Cambio en el número de dependientes o el estado de elegibilidad de los dependientes
- Cambio en el estado laboral que afecta la elegibilidad para usted, su cónyuge o hijo(s) dependiente(s)
- Cambio de residencia que afecta el acceso a los proveedores de la red
- Cambio en su cobertura de salud o la cobertura de su cónyuge debido al empleo de su cónyuge
- Cambio en la elegibilidad de una persona para Medicare o Medicaid
- Orden judicial que requiere cobertura para su hijo
- "Evento de inscripción especial" según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA), incluyendo un nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento o adopción, o pérdida de cobertura bajo otro plan de seguro médico
- Evento permitido en virtud de la Ley de reautorización del Programa de seguro médico para niños (CHIP) (tiene 60 días para solicitar la inscripción debido a los eventos permitidos en virtud de CHIP).

Debe enviar su cambio dentro de los 31 días posteriores al evento.

INSCRIPCIÓN PARA BENEFICIOS

¿NECESITA MÁS INFORMACIÓN?

Encuentre contactos, consejos, formularios y más en services.claremont.edu/benefits-administration.

Workday

Workday es un sistema en línea que le permite tomar todas sus decisiones sobre beneficios en un solo lugar.

Antes de inscribirse

- Conozca la fecha de nacimiento, el número de seguro social y la dirección de cada dependiente que cubrirá.
- Revise sus materiales de inscripción para comprender sus opciones de beneficios y costos para el próximo año.

PARA EMPEZAR

- Inicie sesión en Workday — www.myworkday.com/theclaremontcolleges
- Seleccione su institución de la lista desplegable
- Ingrese sus credenciales de la red (para obtener ayuda con su nombre de usuario y la contraseña, comuníquese con su departamento de TI)
- Compruebe su bandeja de entrada de Workday para:
  - Cambiar beneficios de inscripción abierta; o
  - Cambiar de beneficios (nuevas contrataciones)
- Realice el proceso de inscripción, marque "Acepto" en la parte inferior de la página y haga clic en "Enviar"
- Durante la inscripción abierta, sus elecciones se procesarán y entrarán en vigencia el 1 de enero; para nuevos empleados, sus elecciones se enviarán para su aprobación y recibirá un correo electrónico una vez que se hayan procesado.

MÉDICO

NUESTROS PLANES

Kaiser Permanente HMO

Anthem Advantage HMO

Anthem Act Wise HDHP

Términos Clave de Seguro Médico Explicados

¿Qué plan es adecuado para usted?

Eso depende de sus necesidades de atención médica, médicos favoritos y presupuesto. Aquí hay algunas consideraciones. Ofrecemos 3 planes médicos a través de Anthem Blue Cross y Kaiser Permanente.

Considere una HMO (Organización para el mantenimiento de la salud) si:

- Quiere gastos de bolsillo más bajos y predecibles
- Le gusta tener un médico para administrar su atención
- Está satisfecho con la selección de proveedores de red
- No visita a ningún médico que esté fuera de la red
- Tiene acceso conveniente a las instalaciones de Kaiser (Kaiser HMO)

Considere un plan de salud con deducible alto (HDHP) si:

- Quiere poder ver a cualquier proveedor, incluso a un especialista, sin una remisión
- Está dispuesto a pagar más para ver proveedores fuera de la red
- Quiere ahorros libres de impuestos en sus costos de atención médica
- Quiere crear una cuenta de ahorros para los costos futuros de atención médica para usted y los miembros de su familia elegibles
- Quiere una forma adicional de aumentar sus ahorros para la jubilación

Compare los Planes Médicos

	PLAN KAISER HMO	ANTHEM ADVANTAGE HMO	ANTHEM ACT WISE HDHP	
	Red Kaiser Permanente	Proveedor Preferido/Dentro de la Red	En la red	Fuera de la red
Deducible Anual Individual Miembro de la familia Familia	N/A	N/A	$2,000 $3,000 $4,000	$4,000 $4,000 $8,000
Máximo anual de gastos de bolsillo Individual Familia	$1,500 $3,000	$1,500 $3,000 dos partes $4,500 familia	$3,000 $3,000 miembro de la familia $6,000 familia	$7,000 $7,000 miembro de la familia $14,000 familia
Visita al consultorio				
Atención primaria	$20 copago	Preferido de atención primaria: copago de $15 Atención primaria dentro de la red: copago de $25	20% después del deducible	40% después del deducible
Especialista	$30 copago	Especialista preferido: copago de $30 Especialista dentro de la red: copago de $40	20% después del deducible	40% después del deducible
Servicios preventivos	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	40% después del deducible
Quiropráctico	No cubierto	Corto plazo; se requiere remisión del PCP; después Preferido: copago de $15 Dentro de la red: copago de $25	20% después del deducible	40% después del deducible
Laboratorio y Rayos X	Sin cargo	Sin cargo	20% después del deducible	40% después del deducible
Atención de urgencia	$20 copago	Preferido: $15 En la red: $25	20% después del deducible	40% después del deducible
Sala de emergencias	$100 copago; eximido si es admitido	copago de $150; eximido si es admitido	20% después del deducible	20% después del deducible
Hospitalización de pacientes	$200 copago/ admisión	$300 copago/admisión	20% después del deducible	40% después del deducible
Cirugía ambulatoria	$30 copago	$100 copago	20% después del deducible	40% después del deducible
MEDICAMENTOS CON RECETA				
Venta minorista: suministro para 30 días			Combinado con deducible médico	
Genérico Formulario de marca Marca no incluida en el formulario	$10 copago $25 copago N/A	$10 copago $30 copago $50 copago	$5-$15 $40 $60	40% después del deducible 40% después del deducible 40% después del deducible
Pedido por correo: suministro de hasta 100 días Genérico Formulario de marca Marca no incluida en el formulario	$20 copago $50 copago N/A	$10 copago $60 copago $100 copago	$12.50 - $37.50 $75 $135	No cubierto

CUENTA DE AHORRO PARA LA SALUD (HSA)

Haga clic para reproducir el vídeo

¿ES USTED ELEGIBLE?

La HSA no es para todos. Usted es elegible solo si:

1. Usted está inscrito en el Anthem Act Wise HDHP.
2. Usted no está inscrito en otra cobertura médica que no sea HDHP, incluyendo Medicare, Medicaid o Tricare.
3. No es dependiente de impuestos.
4. No está inscrito en una cuenta de gastos flexibles (FSA) de atención médica, a menos que sea una FSA de "atención médica de alcance limitado" para gastos dentales y de la vista.

MÁS INFORMACIÓN

- Gastos Elegibles
- Gastos no elegibles

Una cuenta personal de ahorros para el cuidado de la salud

Una cuenta de ahorros para la salud (HSA) es una manera fácil de pagar los gastos de atención médica que tiene hoy y ahorrar para los gastos que pueda tener en el futuro. Inscríbase en Anthem Act Wise HDHP y en una HSA con intereses, administrada por WealthCare Saver.

Cómo funciona el Plan HSA

- Su cuenta HSA se configura automáticamente después de inscribirse en el plan Anthem Act Wise HDHP.
- Puede contribuir hasta el límite anual de 2023 establecido por el IRS:
  Individual: $3,850 por año
  Familia: $7,750 por año
  ¿Tiene 55 años o más? Puede contribuir $1,000 adicionales por año
- Para ayudarlo a comenzar, The Claremont Colleges hace una contribución a su HSA (la cual está incluida en los máximos del IRS mencionados anteriormente):
  Individual: $1,000
  Familia: $2,000

Nota: solo recibirá la contribución del empleador a su HSA si la cuenta es con WealthCare Saver. Si se une después del comienzo del año, el monto de la contribución será prorrateado. Solo los participantes que no reciben una compensación alta (empleados que tenían una compensación anual de menos de $135,000 en 2022) son elegibles para la contribución del empleador.

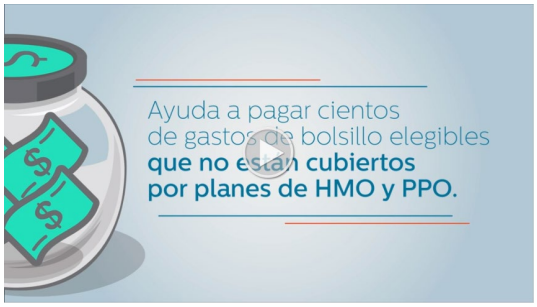
- Puede usar su tarjeta de débito HSA para pagar gastos elegibles, como visitas al consultorio, pruebas de laboratorio, recetas, atención dental y de la vista, e incluso algunos artículos de farmacia.

Cuatro razones para querer una HSA

1. **Libre de impuestos.** No hay impuesto federal sobre las contribuciones, ni impuesto estatal en la mayoría de los estados. Los retiros también están libres de impuestos siempre y cuando sean para gastos de atención médica elegibles.
2. **Nada de "úselo o piérdalo".** Su saldo se transfiere de un año a otro. Usted es dueño de la cuenta y puede continuar usándola incluso si cambia de plan médico o deja la compañía.
3. **Úselo ahora o más tarde.** Use su HSA para los gastos de atención médica que tenga hoy o guárdela para usarla más adelante.
4. **Impulsa el ahorro para la jubilación.** Después de jubilarse, puede usar su HSA para gastos de atención médica libres de impuestos o para gastos de subsistencia regulares, sujetos a impuestos pero sin multas.

CUENTA DE GASTOS FLEXIBLES PARA EL CUIDADO DE LA SALUD (FSA)

Haga clic para reproducir el video



¿ES USTED ELEGIBLE?

No es necesario que se inscriba en uno de nuestros planes médicos para participar en la FSA de atención médica. Sin embargo, si usted o su cónyuge están inscritos en un plan de salud con deducible alto (como nuestro Anthem Act Wise HDHP), solo pueden participar en la **FSA de cuidado de la salud de alcance limitado** para gastos dentales y de la vista y solo están disponibles para usarse después de haber alcanzado su límite de deducible del plan médico.

MÁS INFORMACIÓN EN:

- www.payflex.com
- Gastos elegibles – ¡Ahora incluye más artículos de venta libre!
- Gastos no elegibles

Reserve dólares de atención médica para el próximo año

Una FSA de atención médica le permite reservar dinero libre de impuestos para pagar los gastos de atención médica que espera tener durante el próximo año. Este programa se administra a través de PayFlex.

Cómo funciona la FSA PayFlex 2023

- Usted estima cuáles serán los costos de desembolso de usted y su familia para el próximo año. Piense en los gastos de bolsillo que espera tener para gastos elegibles, como visitas al consultorio, cirugía, gastos dentales y de la vista, recetas e incluso artículos de farmacia elegibles.
- Puede contribuir hasta $2,850, el límite anual establecido por el IRS. Las contribuciones se deducen de su pago antes de impuestos, lo que significa que no hay impuestos federales o estatales sobre esa cantidad.
- Durante el año, puede usar su tarjeta de débito FSA para pagar servicios y productos. Los retiros están libres de impuestos siempre y cuando sean para gastos elegibles de atención médica.
- Los gastos deben incurrirse entre el 01/01/2023 y el 15/03/2024 (2 ½ meses de "periodo de gracia" después del final del año del plan) y las reclamaciones deben presentarse para reembolso a más tardar el 30/06/2024. Si no gasta todo el dinero de su cuenta, perderá el saldo sobrante.
- Las elecciones no se pueden cambiar durante el año del plan, a menos que experimente un evento calificado.
- Debe volver a inscribirse en este programa cada año.

FSA de atención médica de alcance limitado

- Si usted o su cónyuge están inscritos en un plan de salud con deducible alto (como nuestro plan Anthem Act Wise HDHP), solo pueden participar en la FSA de cuidado de la salud de alcance limitado para gastos dentales y de la vista. Los servicios médicos solo están disponibles DESPUÉS de haber alcanzado el deducible de su plan médico.
- Todas las demás consideraciones enumeradas anteriormente también se aplican a la FSA de atención médica de alcance limitado.

EJEMPLO DE AHORRO DE IMPUESTOS FSA

Pago anual de $60,000, con contribución de FSA de $1,500

$330	$115	$445
22% de impuesto federal sobre la renta	7.65% impuesto FICA	Ahorros fiscales anuales de la FSA

Pago anual de $120,000, con contribución de FSA de $2,750

$660	$210	$870
24% de impuesto federal sobre la renta	7.65% impuesto FICA	Ahorros fiscales anuales de la FSA

Sus ahorros fiscales pueden variar según el estado civil y otras variables para efectos de la declaración de impuestos

¿PAGA POR GUARDERÍA? ¡HÁGALO LIBRE DE IMPUESTOS!

TODAS LAS OPORTUNIDADES DE AHORRO

La mayor deducción de su cheque de pago es probablemente el impuesto federal sobre la renta. ¿Por qué no reducir los impuestos mientras paga los gastos necesarios con dólares libres de impuestos?

¡ESTIME CUIDADOSAMENTE!

The Claremont Colleges le permite hacer cambios cuando los gastos cambian; no es necesario ningún evento de vida calificado. El dinero aportado a una FSA para el cuidado de dependientes debe usarse para gastos incurridos durante el mismo año del plan. Los fondos no gastados se perderán.

FSA para el cuidado de dependientes: hasta $5,000 libre de impuestos por año

Una cuenta de gastos flexibles (FSA, por sus siglas en inglés) para el cuidado de dependientes puede ayudar a las familias a ahorrar potencialmente cientos de dólares por año en el cuidado de niños. Este programa es administrado por PayFlex.

Así funciona la FSA para el cuidado de dependientes

Aparte dinero de su cheque de pago, antes de impuestos, para pagar los gastos de guardería relacionados con el trabajo. Los gastos elegibles incluyen no solo el cuidado de niños, sino también programas de cuidado antes y después de la escuela, preescolar y campamentos diurnos de verano para niños menores de 13 años. La cuenta también puede usarse para el cuidado de día de un cónyuge u otro adulto dependiente que viva con usted y sea física o mentalmente incapaz de cuidarse a sí mismo. Un dependiente elegible es una persona que comparte el mismo lugar de residencia principal con usted durante más de seis meses cada año y que puede reclamar como dependiente en su declaración de impuestos federales.

Puede reservar hasta $5,000 (o $2,500 si está casado y presenta declaraciones de impuestos por separado) por hogar por año. Puede pagarle a su proveedor de cuidado de dependientes directamente desde su cuenta FSA, o puede presentar reclamos para obtener un reembolso por los gastos elegibles de cuidado de dependientes que pague de su bolsillo.

Cómo presentar un reclamo si paga de su bolsillo

Solo formulario de reclamo:

- Complete toda la información solicitada. Preste atención a lo siguiente:
    - Fecha de servicio**
    - Información del cuidador
    - Firma del empleado

Formulario de reclamación con estado de cuenta detallado o recibo:

- Complete toda la información solicitada
- Firma del empleado
- Incluya estado de cuenta detallado o recibo*, que tenga:
    - Nombre del proveedor
    - Nombre de la persona calificada
    - Fecha de servicio**
    - Importe cobrado por los servicios de atención

*Payflex no puede aceptar un cheque cancelado o recibo de tarjeta de débito o crédito como documentación
** Solo se pueden reembolsar los gastos elegibles después de que haya recibido la atención o el servicio; esto es cuando ha incurrido en el gasto. Esto es cierto incluso si ya pagó, o se le facturó o cargó por el servicio.

DENTAL

NUESTROS PLANES

CIGNA Dental PPO
CIGNA Dental HMO

Recursos Cigna Dental

Si tiene cobertura dental de Cigna, también tiene acceso a Cigna Healthy Rewards, un plan de descuento para productos y programas como control de peso, acondicionamiento físico, vista y audición, medicina alternativa y estilo de vida saludable.
Ingrese a www.mycigna.com para empezar.

¿Por qué suscribirse a la cobertura dental?

Es importante ir al dentista regularmente. El cepillado y el uso de hilo dental son excelentes, pero los exámenes regulares detectan los problemas dentales antes de que se vuelvan más costosos y difíciles de tratar.

Ahí es donde entra en juego el seguro dental. El seguro dental hace que sea más fácil y menos costoso obtener la atención que necesita para mantener una buena salud bucal.

El seguro dental cubre cuatro tipos de tratamientos:

- **Cuidado Preventivo** incluye exámenes, limpiezas y radiografías
- **Cuidado Básico** se enfoca en la reparación y restauración con servicios como empastes, endodoncias y tratamiento de enfermedades de las encías
- La **atención mayor** va más allá de la básica e incluye puentes, coronas y dentaduras postizas.
- **Tratamiento de ortodoncia** para alinear correctamente los dientes dentro de la boca.

PLANES CIGNA DENTAL

Siempre paga el deducible y copago ($). El coaseguro (%) muestra lo que paga después del deducible.

	CIGNA DENTAL HMO	CIGNA DENTAL PPO	
	En la red	En la red	Fuera de la red
Deducible Anual[1] Individual Familiar	Ninguno	$50 $150	$50 $150
Máximo anual del plan Individual Familiar	Ilimitado	Beneficio máximo progresivo[2]: Año 1: $2,000 Año 2: $2,200 Año 3: $2,400 Año 4: $2,600	Año 1: $2,000 Año 2: $2,200 Año 3: $2,400 Año 4: $2,600
Diagnóstico y preventivo[1] Examen de rutina: limpieza Tratamiento con fluoruro (incluyendo las radiografías de mordida) Visitas al consultorio	Hasta dos limpiezas al año Sin cargo Sin cargo	Hasta tres limpiezas al año Sin cargo 20% después del deducible	Hasta tres limpiezas al año Sin cargo 20% de la cantidad máxima permitida después del deducible
Servicios Básicos (Reparadores) Rellenos: compuesto de amalgama/resina Extracciones simples	$0-$40 copago (dependiendo del número de superficies) $5 copago	20% después del deducible 20% después del deducible	20% de la cantidad máxima permitida después del deducible 20% de la cantidad máxima permitida después del deducible
Atención mayor Cofias, Coronas, Dentaduras, Implantes	Copagos como se indican en el programa de servicios cubiertos y copagos	50% después del deducible	50% de la cantidad máxima permitida después del deducible
Ortodoncia Adultos Hijos (hasta 19 años)	$0-$1,488 copago dependiendo del servicio realizado $0-$984 copago dependiendo del servicio realizado	50% hasta un beneficio máximo de por vida de $2,500; no aplica deducible	

Lo que necesita saber sobre estos planes

Características:	**Cigna PPO:** Primero debe alcanzar un deducible por servicios no preventivos y de no ortodoncia. Una vez que lo haga, usted y el plan compartirán el costo hasta un máximo anual. Por cada año consecutivo que reciba atención dental preventiva, se agregarán $200 al beneficio anual máximo del próximo año (hasta un beneficio máximo general de $2,600 después de cuatro años). **Cigna HMO:** Usted paga un copago fijo por la mayoría de los servicios.
¿Estoy restringido a proveedores dentro de la red?	**Cigna PPO**: No, pero pagará menos si usa un dentista dentro de la red **Cigna HMO:** Sí
¿Tengo que seleccionar un dentista primario?	**Cigna PPO:** Consulte a cualquier proveedor, pero pagará más fuera de la red **Cigna HMO:** Debe seleccionar un dentista de atención primaria (PCD) de la red total de Cigna

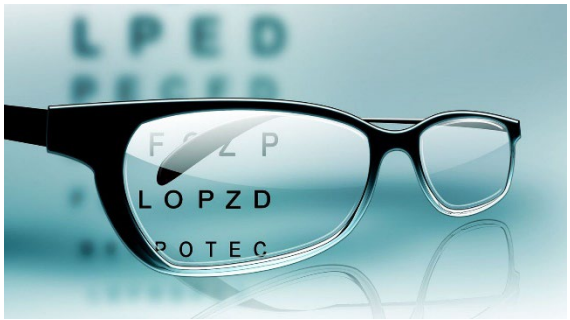
[1] El deducible por año calendario y el beneficio máximo no se aplican a los servicios preventivos o de diagnóstico.
[2] Si recibe atención dental preventiva durante un año del plan, su beneficio máximo por año calendario para el próximo año aumentará en $200, hasta que alcance un beneficio dental máximo de $2,600. Si no se recibe atención preventiva, el beneficio máximo para el próximo año se reducirá a $2,000.

VISTA

NUESTROS PLANES

Plan Anthem Core

Plan Anthem Buy-Up



¿DÓNDE PUEDO OBTENER MÁS DETALLES?

Visite anthem.com/ca para ver ahorros y descuentos adicionales.

Importancia de la cobertura de la vista

La cobertura de la vista ayuda con el costo de anteojos o lentes de contacto. Pero incluso si no necesita corrección de la vista, un examen de la vista anual verifica la salud de sus ojos e incluso puede detectar problemas de salud más graves, como diabetes, presión arterial alta, colesterol alto y enfermedad de la tiroides.

Incluso encontrará descuentos en servicios como LASIK y PRK, reembolsos en lentes de contacto y dinero en aparatos auditivos y otros servicios relacionados.

Los empleados elegibles se inscriben automáticamente en el plan Core Vision a través de Anthem Blue View sin costo alguno.

Planes de la vista de Anthem

Su examen de la vista está completamente cubierto después de su copago de examen. Los empleados elegibles se inscriben automáticamente en el plan Core Vision a través de Anthem Blue View sin costo alguno. Después de cualquier copago de Materiales, el plan cubre monturas, lentes y lentes de contacto como se describe a continuación.

	CORE PLAN	BUY-UP PLAN	
	En la red	En la red	Fuera de la red
Exámenes Beneficio	$10 copago luego el plan paga el 100% (el plan reembolsa hasta $79 fuera de la red)	Copago de $10, luego el plan paga el 100%	Plan paga hasta $79
Frecuencia	Una vez cada 12 meses	Una vez cada 12 meses	Una vez cada 12 meses
Anteojos[1,2] Lente monofocal	Usted paga $50	$15 copago luego el plan paga el 100%	Plan paga hasta $36
Lente bifocal alineado	Usted paga $70	$15 copago luego el plan paga el 100%	Plan paga hasta $60
Lente trifocal alineado	Usted paga $105	$15 copago luego el plan paga el 100%	Plan paga hasta $79
	Sin cobertura fuera de la red		
Frecuencia	Una vez cada 12 meses	Una vez cada 12 meses	Una vez cada 12 meses
Marcos Beneficio	Recibe un 35% de descuento Sin cobertura fuera de la red	El plan paga una asignación de hasta $130; reciba un 20% de descuento en montos superiores a la asignación	El plan paga hasta $100
Frecuencia	Una vez cada 24 meses	Una vez cada 12 meses	Una vez cada 12 meses
Lentes de contacto[1] Beneficio	Recibe un 15% de descuento	El plan paga una asignación de hasta $130; reciba un 15% de descuento en los honorarios profesionales de los médicos. Los materiales se pagan a las tarifas habituales y usuales.	El plan paga hasta $115
	Sin cobertura fuera de la red		
Frecuencia	Una vez cada 12 meses, en lugar de anteojos	Una vez cada 12 meses, en lugar de anteojos	Una vez cada 12 meses, en lugar de anteojos

[1] La asignación se aplica a marcos O lentes de contacto
[2] Los materiales o revestimientos especiales están sujetos a copagos adicionales

Lo que necesita saber sobre este plan

Características:

Consulte a cualquier proveedor, pero pagará más fuera de la red.

¿Qué otros servicios están cubiertos?

El plan también puede ayudarlo a ahorrar dinero en procedimientos LASIK, anteojos de sol sin receta e incluso aparatos auditivos.

Los anteojos son caros. ¿Podré pagarlos, incluso con seguro?

Busque marcos de precio moderado y recuerde que su beneficio es mayor dentro de la red. Si participa en una HSA o una FSA de atención médica, puede usar su cuenta para pagar el cuidado de la vista y marcos con dólares libres de impuestos.

ENCUENTRE UN PROVEEDOR

CIGNA DENTAL HMO

1. Vaya a www.Cigna.com y haga clic en “Find a Doctor, Dentist or Facility” (Buscar un médico, dentista o centro) en la parte superior de la pantalla.
2. En “How are you covered?” (¿Cómo está cubierto?) haga clic en “Employer or School” (Empleador o escuela).
3. Ingrese la dirección, ciudad o código postal en “Find a Doctor, Dentist, or Facility in" (Encontrar un médico, dentista o centro en).
4. Seleccione “Doctor by Type, Doctor by Name, or Health Facilities” (Doctor por tipo, Doctor por nombre o Centro de salud).
5. Selecciona “Continue as a guest” (Continuar como invitado) o “Continue without a plan” (Continuar sin plan).

ANTHEM VISION

Encuentre un oftalmólogo de Anthem adecuado para usted en www.anthem.com/ca

Kaiser Permanente

1. Vaya a www.kp.org/newmember
2. De clic en “choose a doctor” (elija un doctor)
3. Seleccione California-Southern (California-Sur)
4. Ingrese su ubicación y otras palabras clave, como el nombre o la especialidad de un médico. (O puede seleccionar a su médico en el portal My Doctor).

Anthem Advantage HMO

1. Vaya a www.anthem.com/ca. De clic en “Find Care” (Buscar atención).
2. De clic en “Select a plan for basic search” (Seleccione un plan para la búsqueda básica).
3. Seleccione “Medical Plan or Network” (Plan médico o red) cuando se le pregunte qué tipo de atención está buscando.
4. Seleccione “California” cuando se le pregunte en qué estado desea buscar. *Esta selección se debe a la ubicación física de TCC.*
5. Seleccione “Medical (Employer Sponsored)” (Médico patrocinado por el empleador) cuando se le pregunte qué tipo de plan desea buscar.
6. Seleccione “Advantage HMO” para el plan/red y presione “Continue” (continuar)
7. Ingrese su ciudad, condado o código postal
8. En “Search by Care Provider” (Buscar por proveedor de atención) seleccione “Primary Care” (Atención primaria) o el tipo de especialista o centro que necesita.

Nota: Los grupos médicos y los médicos con copagos de visita al consultorio más bajos dirán *Advantage HMO Copay Indicator* (Indicador de copago de Advantage HMO)

Anthem Act Wise HDHP

1. Vaya a www.anthem.com/ca. Haga clic en “Find Care” (Buscar atención).
2. Haga clic en “Select a plan for basic search” (Seleccione un plan para la búsqueda básica).
3. Seleccione “Medical Plan or Network” (Plan médico o red) cuando se le pregunte qué tipo de atención está buscando.
4. Seleccione "California" cuando se le pregunte en qué estado desea buscar. *Esta selección se debe a la ubicación física de TCC.*
5. Seleccione “Medical (Employer Sponsored)” (Médico patrocinado por el empleador) cuando se le pregunte qué tipo de plan desea buscar.
6. Seleccione "Blue Cross PPO (comprador prudente) — Grupo grande" para Anthem Act Wise HDHP para el plan/red y presione "Continuar".
7. Ingrese su ciudad, condado o código postal. Esta ubicación no se limita a los proveedores de California y debe reflejar el área en la que le gustaría recibir servicios.
8. En “Search by Care Provider” (Buscar por proveedor de atención), seleccione “Primary Care" (Atención primaria).

SEGURO DE VIDA BÁSICO Y VOLUNTARIO

EVIDENCIA DE ASEGURAMIENTO (EOI)

No es necesario que proporcione una EOI dentro de los 31 días de su fecha de contratación, a menos que compre cobertura por encima de cierta cantidad:

- Para usted: montos superiores a $355,000
- Para su cónyuge: montos superiores a $50,000

Se le pedirá que proporcione una EOI si se inscribe o aumenta su cobertura en cualquier momento durante el año o durante la Inscripción Abierta. Cuando se requiera EOI, se le notificará para completar un proceso de envío en línea.

Protegiendo a los que deja atrás

Además del seguro de vida básico pagado por su empleador, el Seguro de Vida Voluntario le permite comprar un seguro de vida adicional para proteger la seguridad financiera de su familia. La cobertura es proporcionada por Unum y está disponible para su cónyuge y/o hijo(s).

Vida Voluntario Unum

Empleado	Obtenga hasta $1,000,000 en incrementos de $1,000 hasta 4 veces sus ganancias Emisión garantizada: $355,000
Cónyuge	Incrementos de $10,000, hasta un máximo de $250,000 o el 100% de su cobertura de seguro de vida básico Emisión garantizada: $50,000
Hijo(s)	$15,000 (el beneficio está limitado a $1,000 para bebés de hasta 6 meses) Emisión garantizada: hasta 6 meses es $1,000

Nota: Los montos de cobertura se reducen a partir de los 65 años.

En caso de accidente grave o fatal

El seguro AD&D voluntario le permite comprar una cobertura por muerte accidental y desmembramiento que le paga a su beneficiario si tiene un accidente fatal. Si sufre una lesión grave, el plan le paga un beneficio. La cobertura es proporcionada por Zurich y está disponible para su cónyuge y/o hijo(s).

AD&D voluntario de Zúrich

Empleado	Incrementos de $25,000, hasta $500,000, pero sin exceder 10 veces su salario anual* si la selección supera los $250,000
Cónyuge	• Si solo está cubierto un cónyuge/pareja de hecho, el monto de la cobertura del cónyuge es el 100% del monto de la cobertura del empleado • Si un cónyuge/pareja de hecho e hijo(s) están cubiertos, el monto de la cobertura del cónyuge es el 80% del monto de la cobertura del empleado
Hijo(s)	• Si solo los hijos están cubiertos, el monto de la cobertura de los hijos es el 30% del monto de la cobertura del empleado • Si un cónyuge/pareja de hecho e hijo(s) están cubiertos, el monto de la cobertura de los hijos es el 20% del monto de la cobertura del empleado

*si intenta elegir una cobertura que es más de 10 veces su salario anual, el monto de su cobertura se reducirá automáticamente a 10 veces su salario anual.

PLAN DE JUBILACIÓN ACADÉMICA

¿CUÁLES SON SUS PLANES?

Muchos de nosotros no podemos planificar más allá del fin de semana, por no hablar de los ahorros para la jubilación. Nuestro Plan de Jubilación Académica lo ayudará a establecer una meta de ahorro para la jubilación y cumplirla.

Lo importante es empezar ahora y apartar lo que pueda, aunque crea que es una cantidad demasiado pequeña.

Plan de Retiro Académico (ARP)

Cada universidad ofrece un Plan de Retiro Académico (ARP) como la forma principal para que los empleados ahorren para la jubilación.

Quién es elegible	Todos los profesores y el personal son elegibles para participar a través de un aplazamiento electivo en la fecha de contratación.
Cómo inscribirse	Visite www.TIAA.org/theclaremontcolleges Las contribuciones se invierten en el Vanguard Target Retirement Fund apropiado para su grupo de edad de forma predeterminada si no se completa una inscripción.
Las contribuciones de The Claremont Colleges	Ciertos empleados son elegibles para recibir contribuciones de The Claremont Colleges, calculadas en un porcentaje de la compensación elegible, según la clasificación del trabajo, la duración del servicio y el cumplimiento de los 21 años. Consulte con su oficina de recursos humanos para obtener más detalles.
Adquisición de derechos	Sus contribuciones y las contribuciones de The Claremont Colleges (si son elegibles) son suyas una vez que se depositan en su cuenta.
Distribuciones	En general, el plan está diseñado para que usted reciba distribuciones en caso de terminación del empleo. Sin embargo, puede calificar para un préstamo, un retiro por dificultades económicas o retiros en servicio a partir de los 59½ años de edad.

Nota: Se aplican diferentes opciones de planes de jubilación para los empleados del Jardín Botánico de California.

Para obtener más información sobre el Plan de Retiro Académico, haga clic aquí.

PLANES VOLUNTARIOS RELACIONADOS CON LA SALUD

COSAS A CONSIDERAR

Su plan médico ayuda a cubrir el costo de la enfermedad, pero una crisis médica grave o de larga duración a menudo implica gastos adicionales y puede afectar su capacidad para llevar a casa un cheque de pago completo. Estos planes le brindan recursos para ayudarlo a salir adelante mientras existen tensiones adicionales en sus finanzas.

Seguro de accidentes

El seguro contra accidentes de Voya lo ayuda a pagar los costos inesperados que puedan acumularse debido a lesiones comunes como fracturas, dislocaciones, quemaduras, visitas a la sala de emergencias o atención de urgencia y fisioterapia. Si usted o un miembro de su familia cubierto tiene un accidente, este plan paga un beneficio de suma global libre de impuestos. La cantidad de dinero depende del tipo y la gravedad de su lesión y se puede utilizar de la forma que elija. La cobertura está disponible para usted y sus dependientes elegibles.

Seguro de enfermedades críticas

El seguro de enfermedades críticas de Voya puede ayudar a llenar un vacío financiero si experimenta una enfermedad grave como cáncer, ataque cardíaco o accidente cerebrovascular. Tras el diagnóstico de una enfermedad cubierta, se le paga inmediatamente un beneficio de suma global libre de impuestos. Úselo para ayudar a cubrir costos médicos, transporte, cuidado de niños, pérdida de ingresos o cualquier otra necesidad de una enfermedad crítica. Hay dos opciones de cobertura para usted: $15,000 o $30,000. La cobertura está disponible para sus dependientes elegibles.

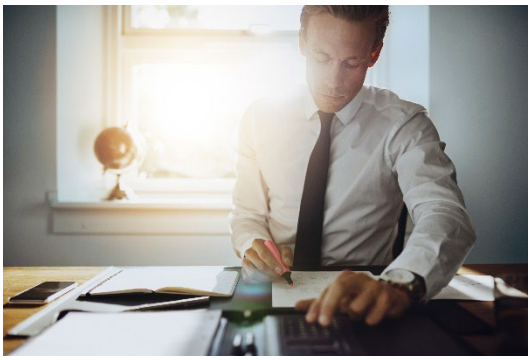
Seguro de Indemnización Hospitalaria

El seguro de indemnización hospitalaria de Voya mejora su cobertura médica actual. El plan paga un beneficio de suma global libre de impuestos cuando usted o un dependiente inscrito es admitido o internado en el hospital por accidentes y enfermedades cubiertas. Puede usar el dinero que recibe en virtud del plan como mejor le parezca, para pagar las facturas médicas, el cuidado de los niños o los gastos de subsistencia habituales, como comestibles, usted decide. La cobertura está disponible para usted y sus dependientes elegibles.

¿Necesita más información?

Para más detalles sobre estos planes, visite https://presents.voya.com/EBRC/Claremont

PLANES PARA MANTENER SEGUROS A USTED Y SU FAMILIA



INFORMACIÓN DE CONTACTO

Consulte la sección Contactos del plan de esta guía.

Protección contra robo de identidad

El robo de identidad es grave. Las víctimas pueden gastar cientos, incluso miles de dólares y mucho tiempo para reparar el daño causado a su buen nombre y antecedentes crediticios. Cuanto más tiempo pase sin detectarse el fraude de identidad, más caro y difícil será resolverlo. Por una prima mensual asequible, la protección contra el robo de identidad de Allstate le ayuda a proteger su información personal a través del control proactivo, la restauración y la resolución de la identidad. Visite myaip.com para más detalles.

Programa Jurídico

¿Tiene un abogado contratado? La mayoría de las personas no, por lo que nuestro programa legal le ofrece acceso a asesoramiento legal e incluso representación por una prima mensual asequible. Ya sea que necesite asistencia para revisar un contrato de alquiler, luchar contra un asunto penal, asistencia de inmigración, problemas familiares, desafíos relacionados con deudas, asuntos de manejo, testamentos y planificación patrimonial, la cobertura legal de ARAG Legal ofrece asistencia de abogados acreditados para usted y su familia. Visite https://www.araglegal.com/authenticate (code18437ccs) para más detalles.

Seguro de Hogar y Auto

Reemplazar su hogar, su contenido y su automóvil sería costoso, tal vez incluso inaccesible. The Claremont Colleges se ha asociado con Farmers Insurance para brindarle acceso a tarifas grupales especiales en seguros de responsabilidad civil para automóviles, casas o condominios, casas móviles, inquilinos, vehículos recreativos, botes y de obligaciones excedentes. Visite el sitio web de Farmer's Insurance AQUÍ para más detalles (use el nombre del empleador, The Claremont Colleges).

Seguro de mascotas

Las mascotas también son miembros de la familia. Cuando su mascota se enferma, las facturas pueden acumularse más rápido de lo esperado. El seguro para mascotas evita que tenga que sopesar la salud de su mascota con su cuenta bancaria. La mayoría de los planes ofrecen cobertura para los costos asociados con accidentes y enfermedades, incluso medicamentos. Nationwide brinda cobertura para este programa. Las primas varían según la cobertura; las primas se pagan directamente a Nationwide.

SUS TARIFAS DEL PLAN 2023

Planes Médicos*	Kaiser Permanente HMO			Anthem Advantage HMO**			Anthem Act Wise HDHP		
	Mensual	Quince-nal	Semi mensual	Mensual	Quince-nal	Semi mensual	Mensual	Quince-nal	Semi mensual
Solo empleado	$63.98	$29.53	$31.99	$64.59	$29.81	$32.30	$86.86	$40.09	$43.43
Dos partes	$268.70	$124.02	$134.35	$271.26	$125.20	$135.63	$342.36	$158.01	$171.18
Familia	$575.78	$265.74	$287.89	$580.72	$268.02	$290.36	$719.25	$331.96	$359.63

Para la facultad y el personal de Pitzer College						
Planes médicos	Kaiser Permanente HMO		Anthem Advantage HMO		Anthem Act Wise HDHP	
	Mensual	Quincenal	Semi mensual	Quincenal	Mensual	Quincenal
Menos de $52,000						
Solo empleado	$51.18	$23.62	$51.67	$23.85	$86.86	$40.09
Dos partes	$214.96	$99.21	$217.00	$100.15	$342.36	$158.01
Familia	$460.63	$212.60	$464.58	$214.42	$719.25	$331.96
Más de $52,000						
Solo empleado	$63.98	$29.53	$64.59	$29.81	$86.86	$40.09
Dos partes	$268.70	$124.02	$271.26	$125.20	$342.36	$158.01
Familia	$575.78	$265.74	$580.72	$268.02	$719.25	$331.96

Para la facultad y el personal de Pomona College						
Planes médicos	Kaiser Permanente HMO		Anthem Advantage HMO		Anthem Act Wise HDHP	
	Mensual	Quincenal	Semi mensual	Quincenal	Mensual	Quincenal
Menos de $52,000						
Solo empleado	$63.98	$31.99	$64.59	$32.30	$86.86	$43.43
Dos partes	$134.35	$67.18	$135.63	$67.82	$342.36	$171.18
Familia	$191.93	$95.97	$193.57	$96.79	$719.25	$359.63
Más de $52,000						
Solo empleado	$63.98	$31.99	$64.59	$32.30	$86.86	$43.43
Dos partes	$268.70	$134.35	$271.26	$135.63	$342.36	$171.18
Familia	$575.78	$287.89	$580.72	$290.36	$719.25	$359.63

Nota: El impuesto sobre la renta imputado se aplica al inscribir a una pareja de hecho; consulte a su representante de beneficios para obtener información adicional. Los empleados por hora de Pomona College y The Claremont Colleges Services pagarán tarifas quincenales.

**Revise la hoja separada para tarifas para empleados de RSABG.*

*** En enero de 2022, Anthem otorgó a The Claremont Colleges un crédito de prima. Este crédito de prima se aplicó como un subsidio a las primas médicas de Anthem para reducir la cantidad que los empleados inscritos en un Plan de Anthem pagaron en cada periodo de pago durante todo el año. El subsidio finalizará el 31 de diciembre de 2022. Para ayudar a compensar el impacto de eliminar el subsidio junto con el aumento general de renovación de Anthem para el año 2023, The Claremont Colleges tomó la decisión de aplicar un* ***cese de primas*** *a todos los empleados que están inscritos en el plan Anthem Advantage HMO o Anthem HDHP para 2023. Recibirá más detalles sobre cómo esto le afecta por correo electrónico, correo de la empresa y/o su dirección postal.*

Planes Dentales	Cigna Dental DHMO			Cigna Dental DPPO		
	Mensual	Quincenal	Semi mensual	Mensual	Quincenal	Semi mensual
Solo empleado	$5.61	$2.59	$2.81	$40.31	$18.60	$20.16
Dos partes	$15.35	$7.08	$7.68	$79.20	$36.55	$39.60
Familia	$31.38	$14.48	$15.69	$156.32	$72.15	$78.16

** Los empleados de RSABG pagan el 100% de Dental.*

Planes de la vista	Vision Core			Vision Buy-Up		
	Mensual	Quincenal	Semi mensual	Mensual	Quincenal	Semi mensual
Solo empleado	$0.00	$0.00	$0.00	$7.19	$3.32	$3.60
Dos partes	$1.53	$0.71	$0.77	$12.14	$5.60	$6.07
Familia	$3.41	$1.57	$1.71	$20.10	$9.28	$10.05

SEGURO DE ACCIDENTES

	Bajo	Alto
EMPLEADO	$7.97	$11.52
EMPLEADO + CÓNYUGE	$13.28	$19.20
EMPLEADO + HIJO	$15.72	$22.73
FAMILIA	$21.03	$30.41

SEGURO DE INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA

	Bajo	Alto
EMPLEADO	$18.91	$37.82
EMPLEADO + CÓNYUGE	$39.62	$79.24
EMPLEADO + HIJO	$28.56	$57.13
FAMILIA	$49.27	$98.55

TARIFA MENSUAL DE SEGURO VOLUNTARIO PARA MASCOTAS

Tarifa
Varía según la especie y la edad de la mascota, y el estado en el que vive. Para cotizar visite www.petinsurance.com/claremont o llame al 877-738-7874.

SEGURO VOLUNTARIO MENSUAL DE ASISTENCIA JURÍDICA

Tarifa
$18.25 (Solo empleado y familia)

SEGURO MENSUAL VOLUNTARIO DE PROTECCIÓN DE LA IDENTIDAD

Tarifa	
$7.95 (Solo empleado)	$13.95 (Familia)

OPCIONES DE COBERTURA DE ENFERMEDADES CRÍTICAS

	CANTIDAD DE EMPLEADO: $15,000 CANTIDAD DEL CÓNYUGE: $7,500 CANTIDAD DEL HIJO: $5,000				CANTIDAD DE EMPLEADO: $30,000 CANTIDAD DEL CÓNYUGE: $15,000 CANTIDAD DEL HIJO: $10,000			
Edad	EMPLEADO	EMPLEADO + CÓNYUGE	EMPLEADO + HIJO	EMPLEADO + FAMILIA	EMPLEADO	EMPLEADO + CÓNYUGE	EMPLEADO + HIJO	EMPLEADO + FAMILIA
< 29	$6.10	$10.25	$8.05	$12.20	$10.90	$17.90	$14.80	$21.80
30-39	$7.15	$11.90	$9.10	$13.85	$13.00	$21.20	$16.90	$25.10
40-49	$14.20	$22.78	$16.15	$24.73	$27.10	$42.95	$31.00	$46.85
50-59	$28.75	$46.25	$30.70	$48.20	$56.20	$89.90	$60.10	$93.80
60-64	$43.00	$68.23	$44.95	$70.18	$84.70	$133.85	$88.60	$137.75
65-69	$52.90	$85.10	$54.85	$87.05	$104.50	$167.60	$108.40	$171.50
70+	$78.25	$119.45	$80.20	$121.40	$155.20	$236.30	$159.10	$240.20

GASTOS DEL SEGURO VOLUNTARIO

Si elige la cobertura de Vida Voluntaria y/o AD&D, la tarifa de su prima mensual se calcula en función de su edad y/o la cantidad de cobertura. Use la tabla a continuación para estimar el monto de la prima que se deducirá de su cheque de pago.

SEGURO DE VIDA VOLUNTARIO

Las tarifas para empleados y cónyuge/pareja de hecho se basan en la edad del empleado al 1 de enero de 2023.

Tarifa Mensual Por $1,000 De Cobertura

Edad	Tarifas mensuales para empleados y cónyuges
< 29	$0.023
30 - 34	$0.028
35 - 39	$0.041
40 - 44	$0.069
45 - 49	$0.103
50 - 54	$0.158
55 - 59	$0.282
60 - 64	$0.434
65 - 69	$0.874
70 +	$1.418
Seguro de vida para hijo(s) dependiente(s):	$1.05 por $15,000 de cobertura por hijo

SEGURO VOLUNTARIO POR MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO (AD&D)

Los montos de cobertura no pueden exceder diez veces su salario base anual. El monto del beneficio por AD&D no se puede aumentar después de los 70 años. La cobertura para niños es del 30% del monto del beneficio por AD&D hasta un máximo de $50,000.

Tarifa Mensual Por $1,000 De Cobertura

Monto del beneficio AD&D	Solo empleado	Familia
$25,000	$0.48	$0.93
$50,000	$0.95	$1.85
$75,000	$1.43	$2.78
$100,000	$1.90	$3.70
$125,000	$2.38	$4.63
$150,000	$2.85	$5.55
$175,000	$3.33	$6.48
$200,000	$3.80	$7.40
$225,000	$4.28	$8.33
$250,000	$4.75	$9.25
$275,000	$5.23	$10.18
$300,000	$5.70	$11.10
$325,000	$6.18	$12.03
$350,000	$6.65	$12.95
$375,000	$7.13	$13.88
$400,000	$7.60	$14.80
$425,000	$8.08	$15.73
$450,000	$8.55	$16.65
$475,000	$9.03	$17.58
$500,000	$9.50	$18.50

GLOSSARIO

-A-

AD&D Insurance
Muerte Accidental y Desmembramiento
Un plan de seguro que le paga un beneficio a usted o a su beneficiario si sufre la pérdida de una extremidad, habla, vista o audición, o si tiene un accidente fatal.

Allowed Amount
Cantidad permitida
El monto máximo que su plan pagará por un servicio de atención médica cubierto.

Ambulatory Surgery Center (ASC)
Centro de Cirugía Ambulatoria
Un centro de atención médica que se especializa en procedimientos quirúrgicos en el mismo día, como cataratas, colonoscopias, endoscopia GI superior, cirugía ortopédica y más.

Annual Limit
Límite anual
Un límite en los beneficios que su plan pagará en un año. Se pueden imponer límites a servicios particulares, como prescripciones u hospitalizaciones. Se pueden establecer límites anuales en el monto en dólares de los servicios cubiertos o en el número de visitas que se cubrirán para un servicio en particular. Una vez que se alcanza el límite anual, debe pagar todos los costos de atención médica asociados por el resto del año del plan.

-B-

Balance Billing
Saldo de facturación
Los proveedores dentro de la red no pueden facturarle más que el costo permitido del plan, pero los proveedores fuera de la red sí pueden hacerlo. Esto se llama facturación de saldo. Por ejemplo, si la tarifa del proveedor es de $ 100 pero el cargo permitido del plan es de solo $ 70, un proveedor fuera de la red puede facturarle a USTED por la diferencia de $ 30.

Nota: A partir del 1 de enero de 2022, la "Ley de no sorpresas" brinda protección contra la facturación sorpresa por servicios de emergencia, servicios de ambulancia aérea y ciertos servicios proporcionados por un proveedor no participante en un centro participante. Para estos servicios, el costo del miembro generalmente se limita a lo que habría sido el cargo si se hubiera recibido dentro de la red, lo que deja que cualquier saldo se liquide entre la aseguradora y el proveedor fuera de la red. Consulte los documentos de su plan de salud para obtener más detalles.

Beneficiary
Beneficiario
La persona (o personas) que usted designe para que se le pague un beneficio debe morir. Los beneficiarios se solicitan para los planes de vida, AD&D y jubilación. Debe nombrar a su beneficiario por adelantado.

Brand Name Drug
Medicamento de marca
Una droga vendida bajo su nombre de marca registrada. Por ejemplo, Lipitor es el nombre de marca de un medicamento común para el colesterol.

-C-

COBRA
Una ley federal que puede permitirle continuar temporalmente la cobertura de atención médica después de que finalice su empleo, en función de ciertos eventos calificados. Si elige la cobertura de COBRA (Ley de reconciliación de presupuesto ómnibus consolidado), paga el 100% de las primas, incluida cualquier parte que su empleador solía pagar, más una pequeña tarifa administrativa.

Claim
Reclamación
"Una solicitud de pago que usted o su proveedor de atención médica presenten a su plan de salud después de recibir los servicios que pueden estar cubiertos.

Coinsurance
Coseguro
Su parte del costo de una visita o servicio de atención médica. El coseguro se expresa como un porcentaje y siempre se suma al 100%. Por ejemplo, si el plan paga el 70%, su responsabilidad de coseguro es el 30% del costo. Si su plan tiene un deducible, usted paga el 100% del costo hasta que alcance el monto de su deducible.

Copayment
Copago
Una tarifa fija que paga por algunos servicios de atención médica, por ejemplo, una visita al consultorio de un médico. Usted paga el copago (a veces llamado copago) en el momento en que recibe la atención. En la mayoría de los casos, los copagos no cuentan para el deducible.

-D-

Deductible
Deducible
La cantidad de gastos de atención médica que debe pagar con su propio dinero antes de que su plan de salud pague. El deducible no se aplica a la atención preventiva.

Dental Basic Services
Servicios básicos dentales
Servicios tales como empastes, extracciones de rutina y algunos procedimientos de cirugía oral.

Dental Diagnostic & Preventive
Diagnóstico dental y Preventivo
Generalmente incluye limpiezas de rutina, exámenes orales, radiografías y tratamientos con flúor. La mayoría de los planes limitan los exámenes preventivos y las limpiezas a dos veces al año.

Dental Major Services
Servicios Dentales Mayores
Trabajos dentales complejos o restauradores, como coronas, puentes, prótesis dentales, inlays y onlays.

Dependent Care Flexible Spending Account (FSA)
Cuenta de gastos flexible para el cuidado de dependientes
Un acuerdo a través de su empleador que le permite pagar los gastos elegibles de cuidado de niños y ancianos con dólares libres de impuestos. Los gastos elegibles incluyen cuidado diurno, programas antes y después de la escuela, preescolar y campamento de verano para niños menores de 13 años. También se incluye el cuidado de un cónyuge u otro dependiente que vive con usted y es físicamente incapaz de cuidarse a sí mismo.

-E-

Eligible Expense
Gastos elegibles
Un servicio o producto que está cubierto por su plan. Su plan no cubrirá ninguno de los costos si el gasto no es elegible.

Excluded Service
Servicio Excluido
Un servicio que su plan de salud no paga ni cubre.

-F-

Formulary
Formulario
Una lista de medicamentos recetados cubiertos por su plan médico o plan de medicamentos recetados. También se llama lista de medicamentos.

GLOSSARIO

-G-

Generic Drug
Medicamentos genéricos
Un medicamento que tiene los mismos ingredientes activos que un medicamento de marca, pero se vende con un nombre diferente. Por ejemplo, *Atorvastatin* es el nombre genérico de los medicamentos con la misma fórmula que *Lipitor*.

Grandfathered
Abuelo
Un plan médico que está exento de ciertas disposiciones de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA).

-H-

Health Reimbursement Account (HRA)
Cuenta de reembolso de salud (HRA)
Una cuenta financiada por un empleador que reembolsa a los empleados, libres de impuestos, gastos médicos calificados hasta una cantidad máxima por año. A veces se llama acuerdos de reembolso de salud.

Healthcare Flexible Spending Account (FSA)
Cuenta de Gastos Flexibles de Salud
Una cuenta de salud a través de su empleador que le permite pagar muchos gastos médicos de su bolsillo con dólares libres de impuestos. Los gastos elegibles incluyen los copagos y deducibles del seguro, medicamentos con receta calificados, insulina y dispositivos médicos, y algunos artículos de venta libre.

High Deductible Health Plan (HDHP)
Plan de salud de alto deducible
Un plan médico con un deducible más alto que un plan de seguro tradicional. La prima mensual suele ser más baja, pero usted paga más costos de atención médica (el deducible) antes de que la compañía de seguros comience a pagar su parte. Un plan de deducible alto (HDHP) puede hacerlo elegible para una cuenta de ahorros para la salud (HSA) que le permite pagar ciertos gastos médicos con dinero libre de impuestos federales.

-I-

In-Network
En red
Los proveedores y servicios de la red tienen un contrato con su plan de atención médica y, por lo general, será la opción de menor costo. Los servicios fuera de la red costarán más o pueden no estar cubiertos. Consulte el sitio web de su plan para encontrar médicos, hospitales, laboratorios y farmacias que pertenezcan a la red.

-L-

Life Insurance
Seguro de vida
Un plan de seguro que le paga a su beneficiario una suma global si usted muere.

Long Term Disability Insurance
Seguro de discapacidad a largo plazo
Reemplaza una parte de sus ingresos si no puede trabajar debido a una enfermedad debilitante, una lesión grave o un trastorno mental. La discapacidad a largo plazo generalmente comienza después de un período de espera de 90 días.

-M-

Mail Order
Pedido por correo
Una característica de un plan médico o de medicamentos recetados donde los medicamentos que toma habitualmente se pueden enviar por correo en un suministro de 90 días.

-O-

Open Enrollment
Inscripción abierta
La época del año en que puede cambiar los planes de beneficios en los que está inscrito y los dependientes que cubre. La inscripción abierta se lleva a cabo una vez cada año. Fuera de la inscripción abierta, solo puede hacer cambios si tiene ciertos eventos en su vida, como casarse o agregar un nuevo bebé o niño en la familia.

Out-of-Network
Fuera de la red
Los proveedores fuera de la red (médicos, hospitales, laboratorios, etc.) le cuestan más porque no tienen contrato con su plan y no están obligados a limitar sus tarifas máximas. Algunos planes, como los HMO y los EPO, no cubren en absoluto los servicios fuera de la red.

Out-of-Pocket Cost
Costo de desembolso
Un gasto de atención médica que es responsable de pagar con su propio dinero, ya sea de su cuenta bancaria, tarjeta de crédito o de una cuenta de salud como una HSA, FSA o HRA.

Out-of-Pocket Maximum
Desembolso máximo
Te protege de grandes facturas médicas. Una vez que los costos "de su propio bolsillo" alcancen este monto, el plan paga el 100% de la mayoría de los gastos elegibles restantes por el resto del año del plan.

Atención ambulatoria
Atención en un hospital que no requiere que se quede toda la noche.

-P-

Participating Pharmacy
Farmacia participante
Una farmacia que contrate con su plan médico o de medicamentos y que generalmente resulte en el costo más bajo para medicamentos recetados.

Plan Year
Año del plan
Un período de 12 meses de cobertura de beneficios. El período de 12 meses puede o no ser el mismo que el año calendario.

Preferred Drug
Medicamento preferido
Cada plan de salud tiene una lista de medicamentos preferidos que incluye medicamentos recetados según una evaluación de efectividad y costo. Otro nombre para esta lista es un "formulario". El plan puede cobrar más por medicamentos no preferidos o por medicamentos de marca que tienen versiones genéricas. Es posible que los medicamentos que no están en la lista de medicamentos preferidos no estén cubiertos.

Preventive Care Services
Servicios de Atención Preventiva
Visitas de rutina al cuidado de la salud que pueden incluir exámenes de detección, exámenes, revisiones, inmunizaciones y asesoramiento al paciente para prevenir enfermedades, enfermedades u otros problemas de salud. Muchos servicios de atención preventiva están totalmente cubiertos. Consulte con su plan de salud con anticipación si tiene preguntas sobre si un servicio preventivo está cubierto.

Primary Care Provider (PCP)
Proveedor de atención primaria
El médico principal que consulte por cuestiones de salud. Algunos planes médicos requieren que los miembros nombren a un médico específico como su PCP, y requieren que la atención y las derivaciones sean dirigidas o aprobadas por ese proveedor.

-S-

Short Term Disability Insurance
Seguro de discapacidad a corto plazo
Insurance that replaces a portion of your
Reemplaza una parte de sus ingresos si temporalmente no puede trabajar debido a la cirugía y el tiempo de recuperación, una enfermedad o lesión prolongada, o problemas de embarazo y recuperación del parto.

GLOSSARIO

-T-

Telehealth / Telemedicine / Teledoc
Telesalud / Telemedicina / Teledoc
Una visita virtual a un médico mediante el chat de video en una computadora, tableta o teléfono inteligente. Las visitas de telesalud pueden usarse para muchas enfermedades y lesiones comunes, no graves, y están disponibles las 24 horas, los 7 días de la semana. Muchos planes de salud y grupos médicos brindan servicios de telesalud sin costo o por mucho menos que una visita al consultorio.

-U-

UCR (Usual, Customary, and Reasonable)
UCR (Usual, Consuetudinario y Razonable)
La cantidad pagada por un servicio médico en un área geográfica en función de lo que los proveedores en el área generalmente cobran por el mismo servicio médico o uno similar. La cantidad de UCR a veces se usa para determinar la cantidad permitida.

Urgent Care
Atención de urgencias
Cuidar una enfermedad, lesión o afección lo suficientemente grave como para que se necesite atención inmediata, pero no tan grave que requiere atención en la sala de emergencias. El tratamiento en un centro de atención de urgencias generalmente cuesta mucho menos que una visita a la sala de emergencia.

-V-

Vaccinations
Vacunaciones
Tratamiento para prevenir enfermedades comunes como la gripe, neumonía, sarampión, polio, meningitis, culebrilla y otras enfermedades. También se llama inmunizaciones.

Voluntary Benefit
Beneficio voluntario
Un plan de beneficios opcional ofrecido por su empleador por el cual usted paga la prima completa.

Aviso de Medicare Parte D

Aviso importante de The Claremont Colleges sobre su cobertura de medicamentos recetados y Medicare

Por favor, lea este aviso cuidadosamente y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados con The Claremont Colleges y sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarlo a decidir si desea o no inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si está considerando participar, analice su cobertura actual, incluyendo qué medicamentos están cubiertos y cuál es el costo, comparándola con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su área. Al final de este aviso se incluye información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones con respecto a su cobertura de medicamentos recetados.

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

1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare comenzó en el 2006 para todas las personas con Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare o si se inscribe en un plan de Medicare Advantage (como un HMO o PPO) que ofrecen cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare ofrecen por lo menos un nivel de cobertura estándar establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.

2. The Claremont Colleges ha determinado que se espera que la cobertura de medicamentos recetados que ofrece el plan Kaiser Permanente, Anthem Blue Cross and Anthem ActWise pague para todos los participantes regulares del plan, lo equivalente a lo que paga la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y por lo tanto, se considera Cobertura Acreditable. Debido a que su cobertura actual es una Cobertura Acreditable, usted puede quedarse con esta cobertura y no pagar una prima más alta (una sanción) si más adelante decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

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

Formulario 10182-CC de los Centros de Medicare y Medicaid (CMS), actualizado el 1o de abril de 2011. De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a dar la información solicitada a menos que se muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El número de control válido de la OMB para la solicitud de esta información es 0938-0990. Se calcula que el tiempo aproximado que toma completar esta información es inicialmente 8 horas por respuesta, incluyendo el tiempo para repasar las instrucciones, buscar las fuentes de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la información recolectada. Si tiene algún comentario sobre la exactitud del tiempo aproximado o si tiene alguna sugerencia para mejorar este formulario, por favor envíe una carta a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Usted puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare cuando se vuelva elegible para recibir Medicare y luego cada año entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

Sin embargo, si pierde su actual cobertura acreditable de medicamentos recetados, por causas ajenas a usted, también será elegible para un Período Especial de Inscripción (que en inglés se conoce como SEP) de dos (2) meses para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

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

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura con The Claremont Colleges no se verá afectada. Vea más información a continuación sobre lo que sucede con su cobertura actual si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Debido a que la actual cobertura de medicamentos recetados bajo el plan The Claremont Colleges es acreditable (es decir que es equivalente a la cobertura de Medicare), usted puede mantener su cobertura actual de medicamentos recetados y puede elegir no inscribirse en un plan Parte D; o puede inscribirse en un plan Parte D como un complemento a su cobertura actual de medicamentos recetados, o en reemplazo de su cobertura actual.

Si usted decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y abandonar su cobertura de medicamentos recetados de The Claremont Colleges, tome en cuenta que usted y sus dependientes pueden volver a obtener esta cobertura únicamente durante las inscripciones abiertas, o si ocurre algún evento que le otorgue el derecho a una inscripción especial de HIPAA.

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

También debe saber que si deja o pierde su cobertura actual con The Claremont Colleges y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare en un plazo de 63 días seguidos, contados a partir de la finalización de su cobertura actual, usted podría pagar una prima más alta (una sanción) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si usted pasa 63 días seguidos o más sin tener una cobertura acreditable de medicamentos recetados, su prima mensual podría elevarse por lo menos un 1% de la prima base de los beneficiarios de Medicare por mes, por cada mes que no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si usted pasa diecinueve meses sin tener cobertura acreditable, su prima podría ser por lo menos un 19% más alta que la prima base de los beneficiarios de Medicare. Usted podría tener que pagar esta prima más alta (una sanción) mientras tenga la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, usted podría tener que esperar hasta el próximo mes de octubre para inscribirse.

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

Comuníquese con la persona que se indica abajo para más información. NOTA: Usted recibirá este aviso cada año. También lo recibirá antes del próximo período en el que se podrá inscribir en un plan de medicamentos recetados de Medicare y si hay cambios en esta cobertura a través de The Claremont Colleges. Usted también puede pedir una copia de este aviso en cualquier momento.

Para obtener más información sobre las opciones que tiene bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare...

En el manual “Medicare & You” (Medicare y Usted), podrá encontrar información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados. Cada año, Medicare le enviará una copia del manual por correo. También podría ser contactado directamente por los planes de medicamentos de Medicare.

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

- Visite la página medicare.gov
- Llame al programa de ayuda de los seguros de salud de su estado (vea la contraportada interior de la copia de su manual “Medicare & You” para el número de teléfono) a fin de obtener ayuda específica para su caso.
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 877-486-2048.

Si usted tiene ingresos y recursos limitados, hay ayuda adicional disponible para pagar la cobertura del plan de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite la página del Seguro Social en socialsecurity.gov, o llame al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Recuerde: Guarde este aviso sobre la Cobertura Acreditable. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, se le podría exigir que entregue una copia de este aviso al inscribirse, para demostrar si ha mantenido o no la cobertura acreditable y por lo tanto, si deberá pagar una prima más alta (una sanción) o no.

Fecha:	01/01/2023
Nombre de la Entidad/Emisor:	The Claremont Colleges
Contacto—Puesto/Oficina:	TCCS Benefits Administration
Dirección:	101 S. Mills Avenue Claremont, CA 91711
Número de teléfono:	909-621-8151

Ley de derechos sobre la salud y el cáncer de la mujer

Si usted se ha sometido o se va a someter a una mastectomía, podría tener derecho a ciertos beneficios bajo la ley de derechos sobre la salud y el cáncer de la mujer (WHCRA) de 1998. Para las personas que reciben beneficios relacionados con una mastectomía, la cobertura se ofrecerá de la manera que se determine luego de consultar con el médico de cabecera y la paciente para:

- Todas las etapas de reconstrucción del seno donde se realizó la mastectomía;
- La cirugía y la reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica;
- La prótesis y
- El tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluyendo linfedema.

Estos beneficios se proporcionarán estando sujetos a los mismos deducibles y coseguros que se aplican para otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados bajo este plan. Por lo tanto, se aplicarán los siguientes deducibles y coseguros: Kaiser HMO and Anthem Advantage HMO: none; Anthem ActWise HDHP: $1,500/$3,000, 80% coinsurance. Si desea obtener más información sobre los beneficios de la ley de derechos sobre la salud y el cáncer de la mujer (WHCRA), llame al administrador de su plan al 909-621-8151.

Ley de protección de la salud de las madres y los recién nacidos

De acuerdo con la ley federal, por lo general los planes de salud de grupo y los emisores de seguros de salud no pueden reducir los beneficios de permanencia en el hospital que le corresponden a la madre o el recién nacido en conexión con el parto, acortando la estancia a menos de 48 horas luego de un parto vaginal, o a menos de 96 horas luego de una cesárea. Sin embargo, la ley federal, por lo general no prohíbe que el proveedor de servicios médicos de la madre o del recién nacido le dé de alta a la madre o al recién nacido antes de las 48 horas (o de las 96 horas, según corresponda), luego de consultar sobre esto con la madre. En cualquier caso, de acuerdo con la ley federal, los planes y los emisores de seguros de salud no pueden exigirle a un proveedor que obtenga la autorización del plan o del emisor del seguro para ordenar una duración de la estancia que no exceda las 48 horas (o 96 horas). Si desea más información sobre los beneficios de maternidad, llame al administrador de su plan al 909-621-8151

Aviso de HIPAA sobre su derecho a una inscripción especial

Si usted se rehúsa a inscribirse en el plan de salud de The Claremont Colleges para usted y sus dependientes (incluyendo a su cónyuge) debido a que tiene cobertura de otro seguro de salud o de otro plan de salud de grupo, usted o sus dependientes podrían inscribirse en un plan de salud de The Claremont Colleges sin tener que esperar hasta el próximo período de inscripciones, si usted:

- Pierde el otro seguro de salud o la cobertura del plan de salud de grupo. Usted debe pedir inscribirse en los siguientes 30 días luego de perder la otra cobertura.
- Obtiene un nuevo dependiente como resultado del matrimonio, el nacimiento, la adopción o la colocación de un niño en su hogar para su adopción. Usted puede solicitar la inscripción en un plan de salud en los siguientes 30 días luego del matrimonio, el nacimiento, la adopción o la colocación de un niño en su hogar para su adopción.
- Pierde la cobertura de Medicaid o del programa de seguro médico para niños (CHIP) debido a que ya no es elegible. Usted debe solicitar la inscripción en un plan de salud en los siguientes 60 días luego de perder esa cobertura.

Si usted solicita un cambio debido a un evento que amerita una inscripción especial en el período de tiempo de 30 días, la cobertura se volverá vigente en la fecha del nacimiento, la adopción o la colocación del niño en su hogar para su adopción. Para todos los demás eventos, la cobertura se volverá vigente el primer día del mes luego de solicitar la inscripción. Además, usted podría inscribirse en el plan de salud del The Claremont Colleges si se vuelve elegible para un programa estatal de ayuda con las primas bajo Medicaid o CHIP. Usted debe solicitar la inscripción en los siguientes 60 días luego de que se vuelva elegible para la cobertura del plan de salud. Si solicita este cambio, la cobertura se volverá vigente el primer día del mes luego de solicitar la inscripción. Podrían existir ciertas restricciones específicas, dependiendo de las leyes federales y estatales.

Nota: Si su dependiente se vuelve elegible para los derechos de inscripción especial, usted podrá añadir a ese dependiente a su cobertura actual o cambiar a otro plan de salud.

Disponibilidad del aviso sobre las prácticas de privacidad

Nosotros mantenemos el aviso HIPAA sobre las prácticas de privacidad para The Claremont Colleges, donde se describe qué tanta información médica sobre usted se puede usar y divulgar. Puede obtener una copia del aviso sobre las prácticas de privacidad, comunicándose con administrador del plan.

Aviso sobre la selección de proveedores

El plan Kaiser Permanente and Anthem Blue Cross HMO generalmente exige 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. Hasta que usted haga esta designación, el plan [name of plan] hará la designación por usted. Para obtener información sobre cómo elegir a un proveedor de atención primaria y para ver una lista de los proveedores de atención primaria participantes, comuníquese con Kaiser al (www.kp.org) o Anthem al (www.anthem.com/ca).

Para los niños, usted puede designar un pediatra como el proveedor de atención primaria.

Usted no necesita la autorización previa del plan Anthem or Kaiser ni de ninguna otra persona (incluyendo un proveedor de atención primaria) para tener acceso al cuidado de obstetricia o ginecología por parte de un profesional de la salud en nuestra red que se especialice en obstetricia o ginecología. Sin embargo, al profesional de atención médica se le podría exigir que cumpla con ciertos procedimientos, incluyendo obtener la previa autorización para ciertos servicios, seguir un plan de tratamiento pre-aprobado o que siga los procedimientos establecidos para hacer referencias. Para obtener una lista de los profesionales de la salud participantes que se especializan en obstetricia y ginecología, comuníquese con administrador del plan.

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 inividual 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 el 31 de julio de 2022. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad –

ALABAMA – Medicaid
Sitio web: http://myalhipp.com | Teléfono: 1-855-692-5447
ALASKA – Medicaid
El Program 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: http://dhss.alaska.gov/dpa/Pages/medicaid/default.aspx
ARKANSAS – Medicaid
Sitio web: http://myarhipp.com/ | Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)
CALIFORNIA – Medicaid
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
CAROLINA DEL NORTE – Medicaid
Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov | Teléfono: 919-855-4100
CAROLINA DEL SUR – Medicaid
Sitio web: https://www.scdhhs.gov | Teléfono: 1-888-549-0820
COLORADO – Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)
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
DAKOTA DEL NORTE – Medicaid
Sitio web: http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/ Teléfono: 1-844-854-4825
DAKOTA DEL SUR- Medicaid
Sitio web: https://dss.sd.gov | Teléfono: 1-888-828-0059
FLORIDA – Medicaid
Sitio web: https://www.flmedicaidtplrecovery.com/flmedicaidtplrecovery.com/hipp/index.html

Teléfono: 1-877-357-3268

GEORGIA – Medicaid

Sitio web de GA HIPP: Medicaid 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

INDIANA – 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

IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)

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

KANSAS – Medicaid

Sitio web: https://www.kancare.ks.gov/ | Teléfono: 1-800-792-4884

KENTUCKY – 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

LOUISIANA – Medicaid

Sitio web: http://www.medicaid.la.gov o http://www.ldh.la.gov/lahipp
Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)

MAINE – Medicaid

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

MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP

Sitio web: http://www.mass.gov/masshealth/pa
Teléfono: 1-800-862-4840 | TTY: 617-886-8102

MINNESOTA – Medicaid

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

MISSOURI – Medicaid

Sitio web: https://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm | Teléfono: 573-751-2005

MONTANA – Medicaid

Sitio web: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP
Teléfono: 1-800-694-3084 | email: HHSHIPPProgram@mt.gov

NEBRASKA – Medicaid

Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov

Teléfono: 1-855-632-7633 | Lincoln: 402-473-7000 | Omaha: 402-595-1178

NEVADA – Medicaid

Sitio web de Medicaid: http://dhcfp.nv.gov | Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900

NUEVO HAMPSHIRE – Medicaid

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

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

NUEVA YORK – Medicaid

Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ | Teléfono: 1-800-541-2831

OKLAHOMA – Medicaid y CHIP

Sitio web: http://www.insureoklahoma.org | Teléfono: 1-888-365-3742

OREGON – Medicaid

Sitio web: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx o http://oregonhealthcare.gov/index-es.html
Teléfono: 1-800-699-9075

PENSILVANIA – Medicaid

Sitio web: https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Program.aspx
Teléfono: 1-800-692-7462

RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP

Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/
Teléfono: 1-855-697-4347 or 401-462-0311 (Direct RIte Share Line)

TEXAS – Medicaid

Sitio web: http://pontehipptexas.com/ | Teléfono: 1-800-440-0493

UTAH – Medicaid y CHIP

Sitio web de Medicaid: https://medicaid.utah.gov/spanish-language
Sitio web de CHIP: https://chip.health.utah.gov/espanol | Teléfono: 877-543-7669

VERMONT– Medicaid

Sitio web: http://www.greenmountaincare.org/ | Teléfono: 1-800-250-8427

VIRGINIA – Medicaid y CHIP

Sitio web: https://www.coverva.org/es/famis-select o https://www.coverva.org/es/hipp
Teléfono de Medicaid: 1-800-432-5924 | Teléfono de CHIP: 1-800-432-5924

WASHINGTON – Medicaid

Sitio web: http://www.hca.wa.gov | Teléfono: 1-800-562-3022

WEST VIRGINIA – Medicaid

Sitio web: https://dhhr.wv.gov/bms/ o http://mywvhipp.com
Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 | Teléfono gratuito: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)

WISCONSIN – Medicaid y CHIP

Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm | Teléfono: 1-800-362-3002

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 2022, o para obtener más información sobre derechos de inscripción especial, comuníquese con alguno de los siguientes:

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

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.
Centros para Servicios de Medicare y Medicaid
www.cms.hhs.gov
1-877-267-2323, opción de menú 4, Ext. 6156

Aviso de ciertas extensiones de plazos y Resumen de Modificaciones Importantes

Preparado para participantes de The Claremont Colleges

Vigentes desde el 1/1/2023

El presente documento es un aviso del posible vencimiento del plazo de prórroga que comenzó el 1 de marzo de 2020 y una explicación de cómo dicho vencimiento afectará a determinados plazos suspendidos en virtud de directrices anteriores aplicables a los planes de ERISA. Específicamente, los plazos no pueden ser suspendidos por más de un año, **por lo que, según la fecha en que se hubiera requerido una medida individual, algunas extensiones de plazos expirarán el 28 de febrero de 2021. El hecho de que los plazos se prorroguen o se reanuden dependerá de la fecha específica en la que usted debía tomar medidas o notificar al plan.** Este es un Resumen de Modificaciones Importantes ("Resumen") en la medida en que las extensiones se apliquen a los beneficios de ERISA conforme con plan de beneficios de salud y bienestar ("Plan"). Tome un tiempo para leer este Resumen cuidadosamente y guárdelo con el documento de Descripción Resumida del Plan (Summary Plan Description, "SPD") que se le proporcionó anteriormente. Si necesita otra copia de la SPD o si tiene alguna pregunta sobre estos cambios en el Plan, comuníquese con administrador del plan durante los horarios de atención habituales a 101 S. Mills Avenue Claremont, CA 91711 número de teléfono 909-621-8151.

Nombre del empleador: The Claremont Colleges		Número de identificación de empleado (EIN): 95-4786748
Dirección del empleado: 101 South Mills Avenue		Número de teléfono del empleador: 909-621-8151
Ciudad: Claremont	Estado: CA	Código postal: 91711

10. ¿A quién podemos contactar acerca de la cobertura de salud de los empleados en este trabajo? Dennis Miller	
Número de teléfono 909-621-8151	Dirección de correo electrónico: benreps@claremont.edu

THE
CLAREMONT
COLLEGES