



BENEFICIOS PARA 2026

Tu trabajo. Tu vida. Tus beneficios.

YOUR WORK. YOUR LIFE. YOUR BENEFITS.

ÍNDICE



AVISO DE LA PARTE D DE MEDICARE

Si usted (o sus dependientes) tiene Medicare o será elegible para acceder a Medicare en los próximos 12 meses, una ley federal prevé más opciones sobre la cobertura de medicamentos recetados. Consulte la sección de Información Importante sobre el Plan para conocer más detalles.

Bienvenido a la Guía de sus Beneficios	
PARA EMPEZAR	3
<u>QUIÉNES SON ELEGIBLES PARA ACCEDER A LOS BENEFICIOS</u>	4
<u>CÓMO MODIFICAR SUS BENEFICIOS</u>	5
<u>CÓMO INSCRIBIRSE EN LOS BENEFICIOS</u>	6
PLANES MÉDICOS, DENTALES Y VISIÓN	
<u>¿CUÁL ES EL PLAN ADECUADO PARA USTED?</u>	7
<u>PLANES MÉDICOS</u>	8
<u>RECURSOS DE LAS ASEGURADORAS DE LOS PLANES</u>	9
<u>CUENTA DE AHORROS PARA GASTOS MÉDICOS (HSA)</u>	11
<u>CUENTA FLEXIBLE PARA GASTOS MÉDICOS (FSA)</u>	13
<u>PLANES DENTALES</u>	16
<u>PLANES DE VISIÓN</u>	18
COMPROMÉTASE CON SU SALUD	
<u>¿NECESITA ATENDERSE? SEPA A DÓNDE IR</u>	21
<u>RECURSOS PARA LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL</u>	22
<u>CUIDADOS PREVENTIVOS</u>	23
<u>MEDICAMENTOS RECETADOS</u>	24
<u>CÓMO BUSCAR UN PROVEEDOR</u>	25
SEGUROS DE VIDA Y DE DISCAPACIDAD	
<u>SEGURO DE VIDA BÁSICO Y SEGURO DE VIDA Y AD&D</u>	
<u>VOLUNTARIOS, SEGURO DE INCAPACIDAD POR CORTO PLAZO</u>	26
<u>Y POR LARGO PLAZO</u>	
BIENESTAR FINANCIERO	
<u>JUBILACIÓN</u>	30
PLANES OPTATIVOS	
<u>SEGURO DE ACCIDENTES, SEGURO DE ENFERMEDADES</u>	
<u>CRÍTICAS, SEGURO DE INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA</u>	33
<u>SEGURO DE PROTECCIÓN DE IDENTIDAD, SEGURO DE</u>	
<u>ASISTENCIA LEGAL, SEGURO DE MASCOTAS</u>	
BIENESTAR Y EQUILIBRIO	
<u>PROGRAMA DE BIENESTAR DE BLUE SHIELD</u>	37
<u>PROGRAMA DE ASISTENCIA AL EMPLEADO</u>	39
INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE LOS PLANES	
<u>COSTO DE LA COBERTURA, TARIFAS, CONTACTOS, GLOSARIO</u>	42
<u>INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE LOS PLANES</u>	47



PARA EMPEZAR

BENEFICIOS - AÑO 2026

Desde el 1 enero de 2026 hasta el 31 de diciembre de 2026

NOTA IMPORTANTE:

Esta guía es un breve resumen y no proporcionar una descripción completa de todas las disposiciones de los beneficios. Para información más detallada, consulte los documentos de su plan que incluyen los resúmenes de sus beneficios, el resumen de beneficios y cobertura (SBCs) y las descripciones resumidas de los planes (SPDs).

Los documentos de los planes determinan cómo se pagan todos los beneficios.

Tanto si es la primera vez que se inscribe en los beneficios, como si está próximo a jubilarse o se encuentra en algún punto intermedio, The Claremont Colleges le brindan programas y recursos para ayudarlo a prosperar hoy y prepararse para el mañana.

Esta guía incluye una descripción general de su cobertura médica, los seguros de vida y discapacidad, los beneficios jubilatorios y mucha otra información.

También damos algunos consejos que lo ayudarán a comprender su cobertura, ahorrar tiempo y dinero en atención médica, pagar menos impuestos y equilibrar su trabajo con la vida familiar. Interiorícese sobre la cobertura y las herramientas que tiene a su alcance para aprovechar al máximo el paquete de beneficios.

¿QUIÉNES SON ELEGIBLES PARA ACCEDER A LOS BENEFICIOS?



CUÁNDO PUEDE INSCRIBIRSE

Puede inscribirse en los beneficios cuando se incorpora a la empresa o durante el período anual de Inscripción Abierta. Debe inscribirse dentro de los 31 días de acceder a la elegibilidad.

Si no se inscribe dentro del plazo previsto, deberá esperar hasta la próxima Inscripción Abierta (la única vez en el año en que puede modificar sus beneficios por cualquier motivo). Si se inscribe tarde, las primas se descuentan retroactivamente a la fecha de vigencia de la cobertura.

Empleados

Usted es elegible si es empleado regular y tiene programado trabajar -al menos- 20 horas por semana; o es empleado del Jardín Botánico de California que tiene programado trabajar -al menos- 30 horas por semana.

El término empleado elegible para acceder a los beneficios se define como:

- Un docente que tiene programado trabajar -al menos- medio tiempo durante un semestre, como mínimo, con la excepción de los docentes adjuntos en Claremont Graduate University (CGU); o
- Un docente que tiene programado impartir -al menos- tres clases durante el año académico; o
- Un miembro del personal en un puesto regular que tiene programado trabajar -al menos- 20 horas por semana; o
- Un empleado de CGU subvencionado y elegible para acceder a los beneficios, conforme a lo siguiente:
 - Un empleado contratado para un puesto financiado mediante una subvención que incluye específicamente la parte del empleador de la cobertura de beneficios; Y
 - El empleado cumple con el número requerido de horas de trabajo programadas definidas anteriormente, o
- Un miembro del personal del Jardín Botánico de California en un puesto regular que tiene programado trabajar 30 horas o más por semana.

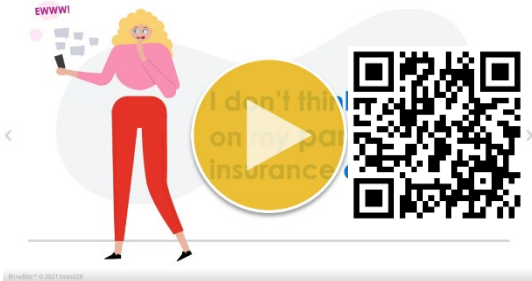
Dependientes elegibles

- Cónyuge.
- Pareja de hecho.
- Hijos naturales, adoptados o hijastros hasta los 26 años. Los hijos de la pareja de hecho son elegibles.
- Hijos mayores de 26 años que están discapacitados y dependen de usted para su manutención.
- Niños consignados en una orden de manutención infantil por razones médicas calificadas (QMCSO).

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

CÓMO MODIFICAR SUS BENEFICIOS

Haga clic o escanee para reproducir el video.



EN LA VIDA, PASAN COSAS

Un cambio en su vida puede permitirle actualizar las elecciones que tomó respecto de los beneficios. Mire el video para conocer rápidamente sus opciones.

SE APLICAN TRES REGLAS PARA MODIFICAR SUS BENEFICIOS DURANTE EL AÑO:

1. Toda modificación que realice debe ajustarse al cambio de estado.
2. Debe realizar la modificación dentro de los 31 días siguientes a la fecha en que ocurra el evento. Si se inscribe tarde, las primas se descuentan retroactivamente a la fecha de vigencia de la cobertura.
3. Se requiere presentar toda la documentación pertinente para cubrir a los dependientes (actas de matrimonio, actas de nacimiento, etc.).

Fuera de la Inscripción Abierta, es posible inscribirse o modificar sus beneficios si se produce un cambio trascendental en su vida, por ejemplo:

- 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 su elegibilidad, la de su cónyuge o de sus hijos dependientes.
- Cambio de residencia que afecta el acceso a los proveedores de la red.
- Cambio en su cobertura médica o la cobertura de su cónyuge atribuible al empleo de su cónyuge.
- Cambio en la elegibilidad personal para acceder a Medicare o Medicaid.
- Orden judicial que dispone la cobertura para su hijo.
- Un «evento de inscripción especial» según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA), lo que incluye la incorporación de un nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento o adopción, o la pérdida de cobertura por adhesión a otro plan de seguro médico.
- Evento permitido por la Ley de Reautorización del Programa de Seguro de Salud para Menores (CHIP) (tiene 60 días para solicitar la inscripción a raíz de los eventos permitidos por la ley CHIP).

Debe solicitar la modificación dentro de los 31 días posteriores al evento.



CÓMO INSCRIBIRSE EN LOS BENEFICIOS



¿NECESITA MÁS INFORMACIÓN?

Encontrará datos de contacto, consejos, formularios y mucho 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

- Tenga a mano la fecha de nacimiento, el número de seguro social y la dirección de cada dependiente que cubrirá.
- Analice los documentos relacionados con la inscripción para comprender las opciones y los costos de los beneficios correspondientes al próximo año.

Para empezar

- Inicie sesión en Workday:
www.myworkday.com/theclaremontcolleges



- Seleccione su institución de la lista desplegable.
- Ingrese sus credenciales de red (para obtener ayuda con el nombre de usuario y la contraseña, comuníquese con el departamento de TI).
- Consulte su bandeja de entrada de Workday para:
 - Modificar algún beneficio durante la Inscripción Abierta o
 - Modificar los beneficios (ingresantes).
- Realice el proceso de inscripción, marque «I Agree» en la parte inferior de la página y haga clic en «Submit».
- Durante la Inscripción Abierta, sus elecciones se procesarán y entrarán en vigor el 1 de enero; para los ingresantes, las elecciones se elevarán para su aprobación y se les enviará un correo electrónico una vez que se hayan procesado.





PLANES MÉDICOS

NUESTROS PLANES

Trio HMO de Blue Shield

HMO de Blue Shield Access+

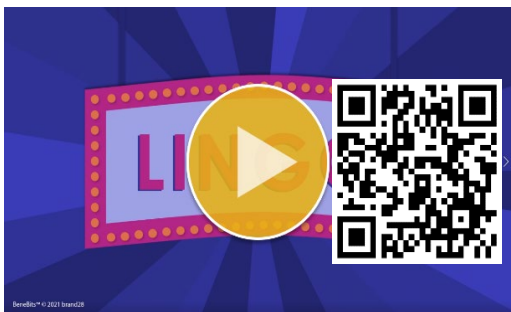
PPO HDHP de Blue Shield

HMO de Kaiser Permanente

Todo acerca de los planes médicos



¡Juegue el LINGO de la salud!



¿Cuál es el plan adecuado para usted?

Eso depende de sus necesidades de atención sanitaria, médicos favoritos y presupuesto. Aquí, cabe hacer algunas consideraciones. Contamos con 4 planes médicos: 3 administrados por Blue Shield y 1 administrado por Kaiser Permanente.

Considere la opción de escoger una HMO (Organización para el Mantenimiento de la Salud) si:

- Prefiere que los costos de bolsillo sean más bajos y predecibles.
- Le gusta tener un médico que esté a cargo del cuidado de su salud.
- Está satisfecho con la selección de proveedores de la red.
- No se atiende con ningún médico fuera de la red.
- Tiene acceso conveniente a los centros de atención de Kaiser (HMO de Kaiser).

Tenga en cuenta un Plan de Salud con Deducible Alto (HDHP) si:

- Quiere poder atenderse con cualquier proveedor, incluso con un especialista, sin que se exija la derivación.
- Está dispuesto a pagar más para atenderse con proveedores fuera de la red.
- Quiere alcanzar ahorros libres de impuestos en los costos de atención médica.
- Quiere abrir una cuenta de ahorros para afrontar los costos futuros de atención médica para usted y los miembros de su familia elegibles.
- Quiere tener otra vía de aumentar sus ahorros para la jubilación.

Compare los planes médicos

	Trio HMO de Blue Shield	HMO de Blue Shield Access+	PPO HDHP de Blue Shield		Plan HMO de Kaiser
	Red de la HMO de Trio ACO	Red de la HMO de Access+	Dentro de la red	Fuera de la red	Red de Kaiser Permanente
Deducible Anual¹ Individual Miembro de la familia Familiar	N/A	N/A	\$2,000 \$3,400 \$4,000	\$4,000 \$4,000 \$8,000	N/A
Tope anual de gastos de bolsillo² Individual Miembro de la familia Familiar	\$1,500 \$1,500 \$3,000	\$1,500 \$1,500 \$3,000	\$3,000 \$3,400 \$6,000	\$7,000 \$7,000 \$14,000	\$1,500 \$1,500 \$3,000
Atención en consultorio Atención primaria Especialista	Copago de \$20 Copago de \$20	Copago de \$20 Copago de \$20	20%* 20%*	40%* 40%*	Copago de \$20 Copago de \$30
Servicios preventivos	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	No cubiertos	Sin cargo
Quiropráctica	\$10 ³	\$10 ³	20%* ⁴	40%*	No cubierta
Análisis de laboratorio y radiografías	Sin cargo	Sin cargo	20%*	40%*	Sin cargo
Atención de urgencia	Copago de \$20	Copago de \$20	20%*	40%*	Copago de \$20
Sala de emergencias	Copago de \$100 ⁵	Copago de \$100 ⁵	20%*	20%*	Copago de \$100 ⁵
Hospitalización	Copago de \$300/ hospitalización	Copago de \$300/ hospitalización	20%*	40%*	Copago de \$200/ hospitalización
Cirugía ambulatoria	Copago de \$30	Copago de \$30	20%*	40%*	Copago de \$30
MEDICAMENTOS RECETADOS					
Minorista - Suministro para 30 días Nivel 1 Nivel 2 Nivel 3 Nivel 4	Copago de \$10 Copago de \$30 Copago de \$50 20% a \$150	Copago de \$10 Copago de \$30 Copago de \$50 20% a \$150	Después del deducible médico ⁶		Copago de \$10 Copago de \$25 N/A 20% a \$150
			Copago de \$15 Copago de \$40 Copago de \$60 30% a \$250	Copago de \$15 + 25% Copago de \$40 + 25% Copago de \$60 + 25% 30% a \$250 + 25%	
Pedido por correo - Suministro hasta 90 días Nivel 1 Nivel 2 Nivel 3 Nivel 4	Copago de \$10 Copago de \$60 Copago de \$100 20% a \$300	Copago de \$10 Copago de \$60 Copago de \$100 20% a \$300	Después del deducible médico ⁶		Copago de \$20 ⁷ Copago de \$50 ⁷ N/A N/A
			Copago de \$30 Copago de \$80 Copago de \$120 30% a \$500	No cubierto	

Nivel 1: típicamente, genéricos de menor costo; Nivel 2: típicamente, marca preferida; Nivel 3: típicamente, marca no preferida; Nivel 4: típicamente, medicamentos de especialidad.

*Después del deducible.

¹El deducible implícito familiar significa que el plan comienza a realizar pagos para un miembro cuando éste alcanza su deducible individual. No se aplica, si es hospitalizado.

²El tope familiar implícito significa que el plan cubrirá el 100% de los servicios de un miembro individual en cuanto éste alcance su tope individual.

³60 consultas por año calendario; combinado con acupuntura.

⁴Hasta 30 consultas por año calendario.

⁵No se aplica, si es hospitalizado.

⁶Algunos medicamentos preventivos no están sujetos al deducible.

⁷Suministro para 100 días.

Consulte la página 25 para obtener información sobre los pasos para buscar un médico.

Clarifique sus dudas sobre medicamentos recetados y otras acerca de Blue Shield en: www.blueshieldca.com/pharmacy.

RECURSOS DE BLUE SHIELD



Acceda las 24 horas del día, los 7 días de la semana a la información sobre el plan médico de Blue Shield a través de la aplicación móvil y el sitio web. Descargue la aplicación móvil Blue Shield of California y haga clic en registrarse. También puede registrarse para abrir su cuenta en línea en <https://www.blueshieldca.com/en/home/about-blue-shield/mobile-app>.

Una vez que se registre, podrá:

- Buscar un médico/atención de urgencia cerca.
- Ver o imprimir su tarjeta de identificación de miembro de Blue Shield of CA.
- Revisar sus reclamaciones.
- Analizar la información sobre sus beneficios.
- Informarse sobre los beneficios de bienestar.

SHIELD CONCIERGE

Shield Concierge es un equipo de enfermeras, asesores de salud, trabajadores sociales, farmacéuticos, técnicos en farmacia y representantes dedicados de servicio al cliente, que trabajan en conjunto para usted. Brindan apoyo personalizado en todos los aspectos de relacionados con la atención que necesita.

Comuníquese con este equipo especializado usando el número que está al reverso de su tarjeta de identificación

Wellvolution

Acceda gratuitamente a programas, herramientas y asistencia para el estilo de vida que le serán útiles para perder peso, tratar la diabetes, prevenir la diabetes, dejar de fumar, aliviar el estrés, controlar la ansiedad o la depresión y más. Los programas clínicamente probados están diseñados para ayudarlo a alcanzar sus objetivos de salud, incluso si tiene enfermedades crónicas. Visite <https://wellvolution.com> y utilice sus credenciales de inicio de sesión de Blue Shield of CA para comenzar. Llame al (866) 671-9644 para solicitar asistencia técnica.

NurseHelp 24/7

Un cuerpo de enfermeras registradas está a disposición las 24 horas del día para atender cualquiera de sus inquietudes sobre salud. Llame para que lo asesoren e informen sobre temas de salud de manera ágil y con toda solidez.

Este servicio no tiene costo adicional para usted. El servicio en línea NurseHelp 24/7 cuenta con una función de chat anónimo, individual y seguro con una enfermera registrada. En caso de una emergencia médica, llame siempre al 911 de inmediato. Inicie sesión en su cuenta de Blue Shield of CA para conectarse <https://www.blueshieldca.com/en/home/be-well/live-healthy/nurse-help> o llame al (877) 304-0504 (TTY: 711).

Teladoc

Con acceso en línea las 24 horas, los 7 días de la semana, puede evitarse la fila en el centro de atención de urgencia, conectarse con un médico en 1 hora o menos o concertar una cita con antelación.

Programa una cita telefónica o por videollamada con médicos, incluidos pediatras y médicos de familia, psiquiatras, psicólogos o consejeros autorizados.

Las consultas de salud mental pueden programarse todos los días de 7 a. m. a 9 p. m., desde la comodidad y privacidad de su hogar.

Inicie sesión en su cuenta en línea de Blue Shield of CA o use la aplicación para hablar con un médico o solicitar una cita en www.Teladoc.com/bsc. Si necesita ayuda para crear una cuenta de Teladoc, llame al teléfono (800) 835-2362 / (800) TELADOC.

RECURSOS DE KAISER



NUEVAS FUNCIONES DE KAISER CON CIGNA

Los miembros de la HMO de Kaiser ahora tienen acceso a la red nacional de médicos y proveedores de Cigna para atenderse en casos de urgencia o emergencia durante sus viajes. Visite [kp.org](https://www.kp.org) para obtener más información. Llame al (951) 268-3900 (TTY 711) para que lo ayuden durante un viaje, en cualquier momento y en cualquier lugar (cerrado durante los principales días festivos).

ATENCIÓN LEJOS DEL HOGAR A CARGO DE KAISER

Los miembros tienen cobertura para recibir atención de emergencia y urgencia en cualquier parte del mundo. Tanto si se encuentra en los EE. UU. como fuera del país, el [sitio web](https://www.kp.org) de Kaiser le explicará qué hacer si necesita atenderse en caso de emergencia o urgencia durante su viaje.

¿NECESITA MÁS INFORMACIÓN?

Para acceder a estas herramientas y servicios, visite [kp.org](https://www.kp.org) o llame a Servicios para Miembros al número (800) 464-4000.

Comprométase con su salud y simplifique su ajetreada vida con los recursos del [sitio web de Kaiser Permanente](https://www.kp.org).

KP Oncall

Cuando necesite asesoramiento de enfermería fuera del horario de atención, llame al (833) 574-2273. Puede hablar telefónicamente con un profesional de atención médica autorizado para disipar dudas de salud, asesorarse para procurar atención médica o averiguar qué hacer si el consultorio donde se atiende está cerrado.

myStrength

Diseñada para ayudarlo a afrontar los desafíos de la vida, realizar cambios positivos y consolidar su bienestar general, esta aplicación puede ayudarlo a establecer metas y trabajar para lograrlas de la manera que mejor funcione para usted.

Busque «myStrength» en [kp.org/selfcareapps](https://www.kp.org/selfcareapps) y, luego, elija las áreas de salud mental o bienestar que prefiera.

Calm

Descargue esta aplicación para cuidarse y dormir mejor. Calm propone ejercicios de meditación y atención plena (*mindfulness*) para aliviar el estrés, controlar la ansiedad y mejorar la calidad del sueño.

Los miembros adultos pueden obtener Calm de forma gratuita en [kp.org/selfcareapps](https://www.kp.org/selfcareapps).

ClassPass

Este líder de la industria del fitness facilita la práctica de actividad física desde la comodidad de su hogar o del gimnasio/estudio local. Los miembros pueden acceder a entrenamientos en video a pedido gratuitos, además de transmisiones en vivo y clases de fitness personalizadas a tarifas reducidas.

Para comenzar, visite [kp.org/exercise](https://www.kp.org/exercise).

ChooseHealthy

Este programa ofrece descuentos en una variedad de recursos de atención complementaria y alternativa. Aproveche las tarifas reducidas para mantenerse saludable.

Programas de estilo de vida saludable

Kaiser cuenta con programas de estilo de vida saludable para bajar de peso, atravesar el embarazo y la maternidad, dejar de fumar, combatir el insomnio, controlar la diabetes, manejar la depresión y el estrés, y tratar el dolor. Visite el [sitio web de Kaiser Permanente](https://www.kp.org) para comenzar.

CUENTA DE AHORROS PARA GASTOS MÉDICOS (HSA)

Haga clic o escanee para reproducir el video.



¿ES ELEGIBLE?

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

1. Está inscripto en la PPO HDHP de Blue Shield.
2. No está inscripto en otra cobertura médica distinta de HDHP, incluidos Medicare, Medicaid o Tricare.
3. No es dependiente de otra persona a los fines tributarios.
4. No está inscripto en una cuenta flexible para gastos médicos (FSA), salvo que sea una FSA «de propósitos limitados» destinada a cubrir gastos dentales y visión.

NO ES ELEGIBLE PARA LA HSA?

1. Todavía puede inscribirse en el Blue Shield HDHP. Asegúrese de seleccionar la opción **Blue Shield HDHP Sin HSA** al inscribirse

CONOZCA MÁS

- Gastos elegibles
- Gastos no elegibles



Una cuenta de ahorros personal para gastos médicos

Una cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA) es una medio sencillo para pagar los gastos que tiene en la actualidad y ahorrar para los que pueda tener en el futuro. Inscribese en la PPO HDHP de Blue Shield y abra una HSA que genera intereses y es administrada por HealthEquity.

Cómo funciona el plan con una HSA

- Al momento de inscribirse en el plan PPO HDHP de Blue Shield, se le abre automáticamente una HSA.
- Puede hacer aportes hasta los topes anuales establecidos por el IRS para el año 2026:
Individual: \$4,400 por año
Familiar: \$8,750 por año
¿Tiene 55 años o más? Puede aportar \$1,000 adicionales por año.
- Para dar el puntapié inicial, The Claremont Colleges hacen un aporte a su HSA (esto se computa para los topes del IRS mencionados anteriormente):
Individual: \$1,000
Familiar: \$2,000

Nota: el empleador solo hará el aporte a su HSA si su cuenta está abierta en HealthEquity. Si se incorpora después del 1 de enero, el monto del aporte se prorrateará. Solo los participantes que no tienen salarios altos (empleados que tuvieron una remuneración anual menor que \$160,000 en 2025) son elegibles para recibir el aporte del empleador.

- Puede usar su tarjeta de débito HSA para pagar gastos elegibles, tales como atención en consultorio, análisis de laboratorio, recetas médicas, atención dental y visión e, incluso, algunos artículos de farmacia.

Razones para enamorarse de una HSA

1. **Es libre de impuestos.** Los retiros también son libres de impuestos, siempre que se destinen a gastos de atención médica elegibles.
2. **No se aplica el concepto de «úsela o piérdala».** El saldo no utilizado se acumula año tras año. Usted es propietario de la cuenta y puede aplicarla para los gastos elegibles, aún si cambia de plan médico o se desvincula de la empresa.
3. **Úsela ahora o más adelante.** Use su HSA para cubrir los gastos de atención médica que tiene hoy o siga ahorrando para usarla en el futuro.
4. **Potencia los ahorros 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 que se impongan penalizaciones.

<https://learn2.healthequity.com/bsc/hsa/>

CUENTA DE AHORROS PARA GASTOS MÉDICOS (HSA) – RECURSOS DE HEALTHEQUITY



CONSERVE SUS RECIBOS

Recomendamos guardar los recibos detallados y las explicaciones electrónicas de beneficios (EOB) por cuestiones fiscales. Al final del año, HealthEquity le proporcionará los formularios necesarios para declarar impuestos. Usted es responsable de informar sus aportes y distribuciones de la HSA en el momento de presentar la declaración de impuestos.

DESCARGUE LA APLICACIÓN

Utilice la aplicación HealthEquity para acceder a su cuenta HSA y al historial, enviar pagos y reembolsos, iniciar reclamaciones y usar la cámara de su teléfono para la documentación fotográfica.

<https://learn2.healthequity.com/bsc/hsa/mobile-app>



Cómo configurar y administrar su cuenta en línea

HealthEquity le facilita la administración de su HSA con una cuenta en línea a través de

learn2.healthequity.com/bsc/hsa/

Funcionalidades de la cuenta en línea:

- Configurar el depósito directo para asegurarse de recibir sus fondos rápidamente.
- Solicitar reembolsos por gastos médicos calificados.
- Verificar sus reclamaciones, incluido el estado en que se encuentran.
- Solicitar una tarjeta de débito para sus dependientes.
- Acceder a reclamaciones, notificaciones, cuentas y recursos del IRS.
- Acceder a la calculadora HSA de HealthEquity para estimar los montos de sus aportes y sus ahorros fiscales.

Cómo configurar su cuenta en línea:

- Visite my.healthequity.com/Signup/MemberActivation.aspx para registrarse.

Recuerde: para abrir una cuenta en HealthEquity, debe tener un domicilio fiscal físico (no una casilla de correo).

Su tarjeta de débito de la HSA

Cuando se inscriba en la HSA, recibirá una tarjeta de débito directamente en su domicilio. Para activarla, puede llamar al número gratuito que se encuentra en la etiqueta de activación en el frente de la tarjeta.

Puede usar la tarjeta de débito para pagar servicios y productos elegibles. Cuando usa la tarjeta de débito, los pagos se descuentan automáticamente de su HSA, lo que significa que tiene menores gastos de bolsillo.

También puede solicitar una tarjeta de débito para sus dependientes o cónyuge. Los dependientes deben ser mayores de 18 años para tener una tarjeta de débito a su nombre.

Cómo presentar una reclamación si paga de su bolsillo

Si paga de su bolsillo los gastos elegibles de la HSA, puede solicitar un reembolso.

- Inicie sesión en su cuenta en línea para solicitar que se le envíe un pago directamente a su proveedor o a usted.
- ¡No se olvide del depósito directo! Puede configurar el depósito directo en línea y permitir que HealthEquity deposite los reembolsos en su cuenta bancaria.

CUENTA FLEXIBLE PARA GASTOS MÉDICOS (FSA)

Haga clic o escanee para reproducir el video.



¿ES ELEGIBLE?

No es necesario que se inscriba en ninguno de nuestros planes si quiere abrir una FSA para gastos médicos. Si usted o su cónyuge están inscritos en un plan médico con deducible alto (como nuestro plan PPO HDHP de Blue Shield), solo pueden tener una **FSA de propósitos limitados** para afrontar gastos dentales y visión, y solo podrán utilizarla para gastos médicos después de alcanzar el deducible del plan.

Conozca más

- www.inspirafinancial.com
- **Gastos elegibles** - ¡Ahora se incluyen más artículos de venta libre!
- **Gastos no elegibles**

Reserve dólares de atención médica para el próximo año

Una FSA para gastos médicos le permite reservar dinero libre de impuestos con el objetivo de cubrir los gastos de atención médica previstos para el próximo año. **Este programa se administra a través de Inspira Financial – anteriormente conocido como Payflex.**

Cómo funciona la FSA de PayFlex para 2026

- Usted estima cuáles serán los gastos de bolsillo de toda la familia para el próximo año. Analice los gastos de bolsillo que espera tener para gastos elegibles, como atención en consultorio, cirugía, servicios dentales y visión, medicamentos recetados e incluso artículos de farmacia elegibles.
- Puede hacer aportes hasta el tope anual establecido por el IRS, que es de \$3,400. Los aportes se descuentan de su salario antes de impuestos, lo que significa que no pesan impuestos federales ni estatales sobre ese monto.
- Durante el año, puede usar la tarjeta de débito FSA para pagar servicios y productos. Los retiros también están libres de impuestos, siempre que sean para gastos de atención médica elegibles.
- Debe incurrir en los gastos entre el 1 de enero de 2026 y el 15 de marzo de 2027 (con un «período de gracia» de dos meses y medio después de finalizado el año del plan) y el reembolso debe reclamarse hasta el 30 de junio de 2027. Si no gasta todo el dinero de su cuenta, perderá el saldo que le quede.
- No puede modificar sus elecciones durante el año del plan, a menos que atraviese un evento de vida que califique para un cambio.
- **Debe volver a inscribirse en este programa cada año.**

FSA de propósitos limitados

- Si usted o su cónyuge están inscritos en un plan médico con deducible alto (como nuestro plan PPO HDHP de Blue Shield), solo pueden participar en la FSA de propósitos limitados para afrontar gastos dentales y visión. Los servicios médicos solo son elegibles DESPUÉS de haber alcanzado el deducible de su plan médico.
- Todas las demás consideraciones enumeradas también se aplican a la FSA de propósitos limitados.

EJEMPLO DE AHORROS IMPOSITIVOS GRACIAS A LA FSA

Remuneración anual de \$60,000, con un aporte a la FSA de \$1,500

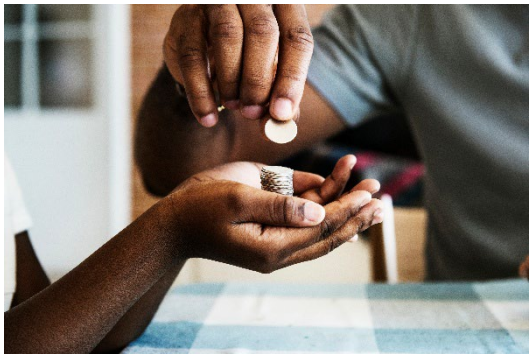
\$330	\$115	\$445
22% de impuesto a la renta federal	7.65% de impuesto FICA	Ahorros fiscales anuales gracias a la FSA

Remuneración anual de \$120,000, con un aporte a la FSA de \$2,750

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

Sus ahorros fiscales pueden variar según el estado civil para efectos de la declaración de impuestos y otros parámetros.

CUENTA FLEXIBLE PARA GASTOS MÉDICOS (FSA) - RECURSOS DE INSPIRA FINANCIAL



PROPORCIONAR DOCUMENTACIÓN

El mejor tipo de documentación para enviar a Inspira es el EOB (Explicación de Beneficios)—un EOB por cada gasto. Asegúrate de que muestre la cantidad "final" que debes. Inspira no puede aceptar una cantidad "estimada" o "pendiente" adeudada. Si no tienes el EOB preferido, puedes enviar un recibo detallado que debe incluir lo siguiente:

- Nombre del proveedor
- Tu nombre o el nombre del paciente
- Fecha del servicio
- Tipo de servicio
- Cantidad "final" que debes

APLICACIÓN MÓVIL DE INSPIRA FINANCIAL

- Verifique su saldo y la actividad de la cuenta.
- Presente una reclamación y cargue la documentación en segundos.
- Denuncie la pérdida o el robo de la tarjeta.
- Con el escáner de código de barras, verifique los elementos elegibles en la tienda.



Cómo configurar y administrar su cuenta en línea

Inspira Financial le facilita gestionar su cuenta con una cuenta online a través de InspiraFinancial.com, una aplicación móvil de los beneficios gratuita y alertas por mensajes de texto y por e-mail.

Funcionalidades de Inspira Financial:

- Configurar el depósito directo para asegurarse de recibir sus fondos rápidamente.
- Pagarle a su proveedor directamente desde su cuenta.
- Solicitar reembolsos por gastos médicos calificados.
- Verificar sus reclamaciones, incluido el estado en que se encuentran.
- Solicitar una tarjeta de débito para sus dependientes.
- Acceder a reclamaciones, informaciones, cuentas y recursos del IRS.

Cómo configurar su cuenta en línea:

- Cree una cuenta en InspiraFinancial.com.

Su tarjeta de débito de la FSA

Cuando se inscriba en la FSA, recibirá una tarjeta de débito directamente en su domicilio. Para activarla, puede llamar al número gratuito que se encuentra en la etiqueta de activación en el frente de la tarjeta.

Puede usar la tarjeta de débito para pagar servicios y productos elegibles. Cuando usa la tarjeta de débito, los pagos se descuentan automáticamente de su FSA, lo que significa que tendrá menores gastos de bolsillo.

También puede solicitar una tarjeta de débito para sus dependientes o cónyuge. Los dependientes deben ser mayores de 18 años para tener una tarjeta de débito a su nombre.

Cómo presentar una reclamación si paga de su bolsillo

Presentación de reclamaciones en línea:

- Puede presentar su reclamación en línea. Es rápido y fácil. Inicie sesión en el sitio web para miembros de Inspira Financial y en «Quick Links» seleccione «File a Spending Account Claim». Solo tiene que seguir los cuatro pasos que se le indican.

Presentación de reclamaciones en papel:

- Haga clic en el [Resource Center](#) y, luego, en [Administrative Form – Reimbursement Account Forms](#).
- Complete íntegramente e imprima el formulario de reclamación que corresponda a su caso.
- Firme y feche el formulario de reclamación.
- Incluya los documentos de respaldo (ejemplo: recibo y EOB).
- Envíelo por correo o fax a la dirección o número de fax que figura en el formulario.

¿PAGA LA GUARDERÍA? ¡PUEDE HACERLO LIBRE DE IMPUESTOS!



TODAS LAS OPORTUNIDADES PARA AHORRAR

Seguramente, el mayor descuento de su cheque de pago es el impuesto federal sobre la renta. ¿Por qué no reducir la carga fiscal y hacer frente a los gastos necesarios con dólares libres de impuestos?

¡HAGA BIEN SUS CÁLCULOS!

The Claremont Colleges le permiten hacer modificaciones cuando varíen los costos; no es necesario que se produzca un evento calificador que implica un cambio en la vida familiar. El dinero aportado a una FSA para el cuidado de dependientes debe usarse para afrontar los gastos incurridos durante el mismo año del plan. Los fondos no gastados se pierden.



FSA para el cuidado de dependientes: hasta \$7,500 libres de impuestos por año

Una cuenta flexible para el cuidado de dependientes (FSA) es una herramienta para que las familias ahorren potencialmente cientos de dólares al año en cuidados cotidianos. Este programa es administrado por Inspira Financial.

Así funciona la FSA para el cuidado de dependientes

Le permite apartar dinero de su salario, antes de impuestos, para afrontar gastos por los cuidados diurnos relacionados con el trabajo. Los gastos elegibles no solo incluyen guardería, sino también programas de cuidado antes y después de la escuela, jardín de infantes y campamento diurno de verano para niños menores de 13 años. La cuenta también se puede usar para el cuidado diurno del cónyuge u otro adulto dependiente que vive con usted y no es física o mentalmente autosuficiente. Un dependiente elegible es una persona que comparte el lugar de residencia principal con usted durante más de seis meses por año y a quien puede consignar como dependiente en su declaración del impuesto federal sobre la renta.

Puede reservar hasta \$7,500 (\$3,750 si es soltero o casado y presentan declaraciones de impuestos por separado) por hogar y por año. Puede pagarle al proveedor del cuidado de dependientes directamente desde su cuenta FSA o puede presentar reclamaciones para obtener un reembolso por los gastos elegibles que paga de su bolsillo.

Cómo presentar una reclamación si paga de su bolsillo

Exclusivamente con el formulario de reclamaciones:

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

Formulario de reclamación con extracto o recibo detallado:

- Complete toda la información solicitada
- Firma del empleado
- Incluya un extracto o recibo detallado*, donde se consigne:
 - Nombre del proveedor
 - Nombre del dependiente
 - Fecha del servicio**
 - Monto cobrado por los servicios prestados

* Inspira Financial no acepta cheques cancelados ni el recibo de la tarjeta de débito o crédito como documentación.

** Solo podemos reembolsar los gastos elegibles después de que se haya prestado la atención o el servicio. Es en ese momento en que se incurre en el gasto. Esto es cierto, incluso, si ya pagó o le han facturado o cobrado el servicio.

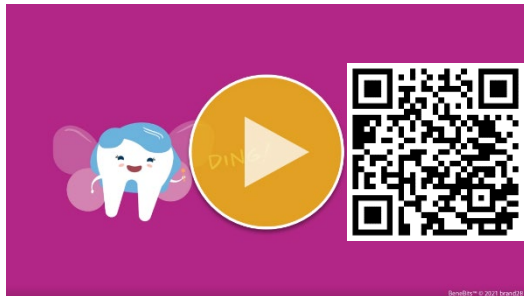
PLANES DENTALES

NUESTROS PLANES

HMO de CIGNA Dental

PPO de CIGNA Dental

Haga clic o escanee para reproducir el video.



Recursos de Cigna Dental

Si tiene la cobertura de Cigna Dental, también tiene acceso a Cigna Healthy Rewards, un plan de descuentos para diversos productos y programas, tales como control de peso, acondicionamiento físico, visión y audición, medicina alternativa y estilo de vida saludable.

Ingresa a www.mycigna.com para empezar.

¿Por qué inscribirse en la cobertura dental?

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

Allí es donde el seguro dental cobra protagonismo. 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:

- La atención **preventiva** incluye exámenes, limpiezas y radiografías.
- La atención **básica** se centra en la reparación y restauración con servicios como empastes, endodoncias y tratamiento de enfermedades periodontales.
- La atención **compleja** va más allá de la básica e incluye puentes, coronas y dentaduras postizas.
- El tratamiento de **ortodoncia** se indica para alinear correctamente la dentadura.

PLANES DE CIGNA DENTAL

Usted siempre paga el deducible y el copago (\$). El coseguro (%) indica lo que paga después del deducible.

	HMO DE CIGNA DENTAL	PPO DE CIGNA DENTAL	
	Dentro de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible anual¹ Individual Familiar	Ninguno	\$50 \$150	\$50 \$150
Tope anual del plan Individual Familiar	Sin límite	Tope progresivo del beneficio ² Primer año: \$2,000 Segundo año: \$2,200 Tercer año: \$2,400 Cuarto año: \$2,600	
Servicios de diagnóstico y preventivos¹ Examen de rutina: limpieza (incluidas las radiografías de aleta de mordida) Tratamiento con flúor Atención en consultorio	Hasta dos limpiezas al año Sin cargo Sin cargo	Hasta tres limpiezas al año Sin cargo Sin cargo después del deducible	Hasta tres limpiezas al año. Sin cargo Sin cargo después del deducible
Servicios básicos (de restauración) Empastes: compuesto de amalgama/resina Extracciones simples	Copago de \$0 a \$40 (según la cantidad de superficies) Copago de \$5	20% después del deducible 20% después del deducible	20% del tope permitido después del deducible + el saldo remanente 20% del tope permitido después del deducible + el saldo remanente
Servicios complejos Fundas, coronas, dentaduras postizas, implantes	Copagos según se enumeran en el programa de servicios cubiertos y copagos	50% después del deducible	50% del tope permitido después del deducible + el saldo remanente
Ortodoncia Adultos Niños y adolescentes (hasta los 19 años.)	Copago de \$0 a \$1,488 según el servicio Copago de \$0 a \$984 según el servicio	50% hasta un beneficio máximo de por vida de \$2,500; no se aplica el deducible	

Lo que tiene que saber sobre estos planes

Características:

HMO de Cigna: usted paga un copago fijo para la mayoría de los servicios.

PPO de Cigna: para recibir servicios básicos y complejos, primero debe alcanzar el deducible. Una vez alcanzado, usted y el plan compartirán el costo hasta el tope anual. Por cada año consecutivo que reciba atención dental preventiva, se agregarán \$200 al beneficio anual máximo del año siguiente (hasta un beneficio máximo general de \$2,600 a los cuatro años).

¿Solo puedo atenderme con proveedores dentro de la red?

HMO de Cigna: sí.

PPO de Cigna: no, pero pagará menos si se atiende con dentistas dentro de la red.

¿Tengo que elegir un dentista de atención primaria?

HMO de Cigna: Debe seleccionar un dentista de atención primaria (PCD) de la red Cigna Dental Care Access.

PPO de Cigna: Consulta cualquier proveedor que utilice la red Total, pero pagará más fuera de la red.

¹El deducible por año calendario y el beneficio máximo no se aplican a los servicios preventivos o de diagnóstico.

²Si se somete a la atención dental preventiva durante un año del plan, su beneficio máximo por año calendario para el año siguiente aumentará en \$200, hasta alcanzar un beneficio dental máximo de \$2,600. Si no lo hace, el beneficio máximo para el año siguiente se reducirá a \$2,000.



PLANES DE VISIÓN

NUESTROS PLANES

Plan Core de VSP

Plan Buy-Up de VSP

Click or scan to play video



Este video es solo para fines de ejemplo. Consulte en la página siguiente sus beneficios específicos.

Importancia de la cobertura de la visión

La cobertura de la visión cubre parte del costo de anteojos o lentes de contacto. Aún si no necesita corrección de la visión, un examen anual de la vista controla la salud ocular e, incluso, permite detectar afecciones más graves, como diabetes, presión arterial alta, colesterol alto y enfermedad de la tiroides.

También podrá acceder a descuentos en servicios como LASIK y PRK, reembolsos en lentes de contacto y descuentos en audífonos y otros servicios relacionados.

Los empleados elegibles deben inscribirse activamente en el plan Core Vision a través de VSP Vision Care para recibir cobertura. La cobertura solo para el empleado está disponible sin costo.

¿DÓNDE PUEDO CONSULTAR MÁS DETALLES?

Visite

claremontcolleges.vspforme.com

para informarse sobre otros ahorros y descuentos.

Planes VSP Vision Care

Su chequeo de la vista está completamente cubierto después de su copago por Examen. Después de cualquier copago de Materiales, el plan cubre armazones, lentes y lentes de contacto, como se describe a continuación.

	PLAN BÁSICO	PLAN CON COBERTURA ADICIONAL	
	Dentro de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Exámenes Beneficio	Copago de \$10; después, el plan paga 100% (el plan reembolsa hasta \$79 fuera de la red)	Copago de \$10; después, el plan paga 100%	El plan paga hasta \$79
Frecuencia	Una vez cada 12 meses	Una vez cada 12 meses	Una vez cada 12 meses
Lentes convencionales^{1,2} Lentes monofocales Lentes bifocales alineados Lentes trifocales alineados	No cubiertos ⁴ No cubiertos ⁴ No cubiertos ⁴	Copago de \$15; después, el plan paga 100% Copago de \$15; después, el plan paga 100% Copago de \$15; después, el plan paga 100%	El plan paga hasta \$36 El plan paga hasta \$60 El plan paga hasta \$79
Frecuencia	No cubiertos	Una vez cada 12 meses	Una vez cada 12 meses
Monturas Beneficio	No cubiertos ⁴	El plan paga un subsidio ^{1,3} de hasta \$130: usted recibe un descuento del 20% por montos que superan el subsidio	El plan paga hasta \$100
Frecuencia	No cubiertos	Una vez cada 12 meses	Una vez cada 12 meses
Lentes de contacto¹ (en lugar de anteojos) Beneficio	No cubiertos	El plan paga un subsidio ¹ de hasta \$130: usted accede a un descuento del 15% sobre los honorarios del médico. Los materiales se pagan a los valores de uso y costumbre	El plan paga hasta \$115
Frecuencia	No cubiertos	Una vez cada 12 meses, en lugar de anteojos	Una vez cada 12 meses, en lugar de anteojos

¹ El subsidio se aplica a monturas O lentes de contacto.

² Los materiales o revestimientos especiales están sujetos a la aplicación de copagos adicionales.

³ El plan paga una asignación de hasta \$70 en Costco Retailers and y hasta una asignación de \$150 para Marcos de Marcas Destacadas

⁴ 20% de descuento sobre los cargos de usos y costumbres con la compra de un par de anteojos completos en médicos de la red y de Visionworks

Lo que tiene que saber sobre estos planes:

EYECONIC®

Eyeconic® conecta perfectamente sus productos ópticos, su cobertura de seguro y la red de médicos VSP®. Además, tiene la practicidad de poder realizar compras online con el toque personal de un médico VSP.

AHORROS ADICIONALES

A través de VSP, tiene acceso a más ahorros. Desde ahorros adicionales en anteojos o anteojos de sol hasta ahorros en lentes de contacto e incluso LASIK. Puede buscar en todos los Adicionales Exclusivos para Miembros escaneando el código QR.

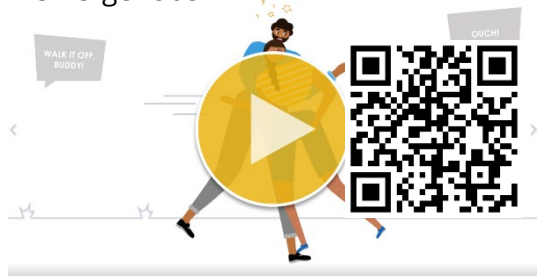
Costco y Sam's Club ahora son proveedores de la red.



PARTICIPE

Haga clic o escanee para reproducir el video.

Atención de urgencia o en la sala de emergencias



Maximice la atención sanitaria

Saber cómo aprovechar al máximo su cobertura médica puede ayudarlo a mejorar su salud y reducir los gastos. En esta sección encontrará consejos sobre la manera de:

- Recibir la atención adecuada al costo adecuado.
- Conocer las distintas alternativas de atención hospitalaria.
- Comprender los beneficios de la atención preventiva.
- Ahorrar dinero en medicamentos recetados.

Atención en modalidad virtual



SEPA A DÓNDE IR

El lugar donde recibe atención médica puede tener un impacto significativo en el costo. Aquí hay una guía rápida para ayudarlo a saber a dónde ir, según su afección, presupuesto y disponibilidad de tiempo.

Tipo	Adecuado para	Ejemplos	Acceso	Costo ¹
Línea de enfermería: 	Respuestas ágiles a cargo de un enfermero experimentado. Blue Shield: inicie sesión en blueshieldca.com para conversar o llamar (877) 304-0504 (TTY: 711) Kaiser: (800) 464-4000	- Identificación de síntomas. - Decidir si es necesario atenderse de inmediato. - Opciones de tratamiento domiciliario y asesoramiento.	24/7	\$0
Consulta en línea 	Muchas afecciones que no son emergencias. Blue Shield: se pueden hacer consultas virtuales a través de Teladoc (800) 835-2362. www.Teladoc.com/bsc Kaiser: puede hacer consultas virtuales en kp.org .	- Resfrío, gripe, alergias. - Dolores de cabeza, migrañas. - Afecciones de la piel, sarpullidos. - Lesiones menores. - Consultas sobre salud mental.	24/7	\$
Atención en consultorio 	Atención médica de rutina y cuidado de la salud en general.	- Cuidados preventivos. - Enfermedades y lesiones. - Manejo de afecciones crónicas.	Horario de oficina	\$\$
Atención de urgencia Clínica ambulatoria 	Afecciones que no ponen en riesgo la vida, pero requieren pronta atención.	- Suturas. - Esguinces. - Mordeduras de animales. - Infecciones de oídos, nariz y garganta.	Horario de oficina o hasta 24/7	\$\$\$
Sala de emergencias 	Afecciones potencialmente mortales que requieren idoneidad médica inmediata.	- Sospecha de infarto o accidente cerebrovascular. - Quebraduras importantes. - Hemorragias muy abundantes. - Dolor agudo. - Dificultades para respirar .	24/7	\$\$\$\$\$

¹Costo promedio de bolsillo después del deducible (si corresponde). El costo puede variar según su plan y ubicación.

RECURSOS PARA LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL

En algún momento, todos atravesamos momentos difíciles y entendemos que usted o sus seres queridos pueden verse sometidos a fuertes tensiones laborales y familiares. Las sensaciones de aislamiento, depresión o desesperación nunca deben tomarse a la ligera. Este es un recordatorio de que nuestros planes médicos incluyen cobertura para la atención de la salud mental. A través de su proveedor de telemedicina, también puede conectarse con un proveedor de salud mental en cuestión de minutos, desde cualquier lugar y en cualquier momento.

Servicios de salud mental	
Recursos de salud mental de Blue Shield 	▪ Disponibles 24/7. ▪ Acceso a atención virtual, hospitalaria y ambulatoria para problemas como depresión, trastorno por abuso de alcohol/sustancias y enfermedades mentales. ▪ Servicios para el manejo del estrés. ▪ Coordinación de respuesta a incidentes críticos. ▪ Aplicación móvil para la salud y el bienestar emocional. Para acceder a estos servicios y herramientas, visite https://www.bscaplan.com/zpfgde y, en la solapa «Resources», haga clic en «<i>Mental health and substance use disorder care</i>». Llame al (877) 263-9952 para solicitar ayuda.
Recursos de salud mental de Kaiser 	▪ Sesiones de asesoramiento personalizado con proveedores profesionales de salud mental autorizados. ▪ Intervención en crisis. ▪ Tratamiento de dependencia de sustancias químicas. ▪ Clases en línea para afecciones específicas y podcasts de bienestar emocional. ▪ Herramientas de autoevaluación en línea. ▪ Grupos de apoyo. Para acceder a estos servicios y herramientas, visite www.kp.org o llame a Servicios para Miembros al número (800) 464-4000.
Programa de asistencia al empleado (EAP) de Optum 	Nuestro EAP puede ayudarlo con cuestiones relacionadas con la crianza de los hijos o los vínculos, brindarle asesoramiento financiero u orientarlo en asuntos legales. Los empleados y sus dependientes pueden tener hasta cinco sesiones de asesoramiento telefónico o presencial con un terapeuta autorizado, por miembro de la familia y por problema. También pueden optar por conectarse con un terapeuta autorizado en línea, desde cualquier lugar y en cualquier momento. Además, pueden recibir colaboración y referencias para las tareas cotidianas, incluido el cuidado de niños y ancianos, servicios domésticos y tareas personales (hacer las compras o pasear perros). Visite www.liveandworkwell.com y use el código de acceso institucional: claremontcolleges. Consulte la página 38 para conocer más información sobre el programa de asistencia al empleado (EAP) de Optum.

BENEFICIOS DE CUIDADOS PREVENTIVOS

EXÁMENES REGULARES PARA ADULTOS

- Presión arterial
- Colesterol
- Diabetes
- Estudios para la detección de cáncer colorrectal
- Depresión
- Mamografías
- Estudios obstétricos/ginecológicos
- Estudios para la detección de cáncer de próstata
- Examen testicular

Si tiene dudas en cuanto a si un servicio está cubierto como atención preventiva, consulte su plan médico.

Normalmente, lleva a su automóvil para que le hagan un servicio de mantenimiento. ¿Por qué no hacer lo mismo con usted?

Los chequeos preventivos anuales pueden ayudarlo a usted y a su médico a conocer su estado de salud en el momento y detectar problemas antes de que se agraven.

¿Qué son los cuidados preventivos?

La Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA) exige que las aseguradoras de salud cubran una serie de servicios preventivos sin costo, incluso si no alcanzó el deducible anual. Los servicios de atención preventiva que necesita para mantenerse saludable varían según la edad, el sexo y el historial médico.

Visite healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ para consultar las pautas recomendadas.

La atención preventiva está íntegramente cubierta solo si se atiende con un proveedor DENTRO DE LA RED.

No todos los exámenes y pruebas se consideran preventivos.

En general, los exámenes realizados por especialistas no se consideran preventivos y es posible que no estén cubiertos al 100 por ciento.

Además, ciertos exámenes pueden considerarse diagnósticos y no preventivos, según la afección que padezca en este momento. Es posible que usted deba pagar total o parcialmente el costo de esos servicios.



¿LOS MEDICAMENTOS RECETADOS DESEQUILIBRAN SU PRESUPUESTO?

Haga clic o escanee para reproducir el video.



LOS NIVELES DE MEDICAMENTOS ESTABLECIDOS EN EL FORMULARIO DETERMINAN EL COSTO QUE DEBERÁ AFRONTAR

\$	Medicamento genérico
\$\$	Medicamento de marca
\$\$\$	Medicamento de especialidad

Comprender el formulario puede hacerle ahorrar dinero

Si su médico le receta medicamentos, especialmente para una afección crónica, no olvide consultar el formulario de medicamentos del plan. Es una herramienta de suma utilidad que puede ayudarlo a tomar decisiones informadas sobre sus opciones de medicamentos e identificar la opción menos costosa.

¿Qué es un formulario?

Un formulario de medicamentos es una lista de medicamentos recetados cubiertos por su plan médico. La mayoría de los formularios clasifican los medicamentos cubiertos en cuatro o cinco categorías o «niveles». Estas categorías van desde el medicamento más económico hasta el más costoso. Los medicamentos «preferidos» generalmente cuestan menos que los medicamentos «no preferidos». Antes de surtir una receta, asegúrese de consultar el formulario de Blue Shield en blueshieldca.com/formulary y healthy.kaiserpermanente.org/southern-california/health-wellness/drug-formulary y selecciona 'Large Employer Group Plans (100+ Employee)' para ver el Formulario de Kaiser.

Saque el máximo provecho de su cobertura

Para aprovechar al máximo su cobertura de medicamentos recetados, determine en qué nivel del formulario del plan se encuadran sus medicamentos y pídale consejo al médico. Normalmente, los medicamentos genéricos son la opción menos costosa. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) exige que los medicamentos genéricos funcionen de la misma manera que sus equivalentes de marca.

Para saber si un medicamento está incluido en el formulario del plan, visite el sitio web del plan o llame al número de Servicio al Cliente que figura en su tarjeta de identificación.

Cambio en la Elegibilidad de Medicamentos GLP-1 para Bajar de Peso

A partir del 1 de enero de 2026, se actualizarán los criterios de elegibilidad para los medicamentos GLP-1 para bajar de peso. El umbral del IMC (Índice de Masa Corporal) para la cobertura será ahora superior a 40, lo que se alinea con el estándar actual de Kaiser y se espera que sea un cambio obligatorio para Blue Shield en 2027.

Los miembros que ya están recibiendo este tipo de medicación bajo Blue Shield no se verán afectados, siempre y cuando continúen cumpliendo con las pautas del programa para la pérdida de peso.

Este cambio garantiza que la cobertura sea consistente con las directrices nacionales, a la vez que apoya a los miembros que participan activamente en programas de pérdida de peso.

CÓMO BUSCAR UN PROVEEDOR

HMO DE BLUE SHIELD: CÓMO BUSCAR EL NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE MI MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Haga clic o escanee para reproducir el video.



Clarifique sus dudas sobre medicamentos recetados del plan de Blue Shield y más en:
www.blueshieldca.com/pharmacy.

HMO DE CIGNA DENTAL

1. Vaya a www.Cigna.com y haga clic en «Find a Doctor, Dentist or Facility» en la parte superior de la pantalla.
2. En la solapa «How are you covered?», haga clic en «Employer or School».
3. Escriba la dirección, la ciudad o el código postal en «Find a Doctor, Dentist, or Facility in».
4. Seleccione «Doctor by Type, Doctor by Name, or Health Facilities».
5. Seleccione «Continue as a guest» o «Continue without a plan».

VSP VISION

Encuentre el médico de la vista correcto de VSP Vision en
www.vsp.com

Planes médicos de Blue Shield

TRIO HMO

Vaya a <http://www.blueshieldca.com/networktriohmo>.

1. Ingrese su ubicación y otras palabras clave, como el nombre de un médico, especialidad o grupo sanitario.
2. Anote la identificación de 12 dígitos de su médico de atención primaria. Puede mirar el video para obtener ayuda.

HMO DE ACCESS+

Vaya a <http://www.blueshieldca.com/networkhmo>.

1. Ingrese su ubicación y otras palabras clave, como el nombre de un médico, especialidad o grupo sanitario.
2. Anote la identificación de 12 dígitos de su médico de atención primaria. Puede mirar el video para obtener ayuda.

PPO HDHP (en CA)

Vaya a <http://www.blueshieldca.com/pponetwork>

1. Ingrese su ubicación y otras palabras clave, como el nombre de un médico, especialidad o grupo sanitario.

PPO HDHP (fuera de CA)

Vaya a

https://www.blueshieldca.com/bsca/bsc/wcm/connect/ember/fad_content_en/content%20root/sa-outofstate/cnt-outofstate.

1. Elija el tipo de atención que desea buscar: médico, proveedor o (si está fuera de los EE. UU.) atención mundial.
2. Escriba el prefijo de tres letras que figura en su tarjeta de identificación. Si no tiene tarjeta de identificación, haga clic en «Browse a list of plans» y seleccione «BlueCard PPO/EPO».

Para acceder a todos los servicios y herramientas de Blue Shield of CA, visite el sitio web de Blue Shield para los empleados de The Claremont Colleges:
<https://www.bscaplan.com/zpfgde>.



Kaiser Permanente

1. Vaya a www.kp.org/newmember.
2. Haga clic en «Choose a doctor».
3. Seleccione California-Southern.
4. Ingrese su ubicación y otras palabras clave, como el nombre de un médico o la especialidad. (O puede elegir a su médico en el portal My Doctor).



SEGUROS DE VIDA Y DE DISCAPACIDAD

SU BENEFICIARIO = QUIÉN RECIBE EL PAGO

Si ocurriera lo peor, su beneficiario - la persona (o personas) registrada en su inscripción a los beneficios en Workday - recibe el beneficio. Asegúrese de nombrar por lo menos a un beneficiario para su beneficio de seguro de vida y de cambiar a su beneficiario si fuera necesario, si cambiara la situación.

¿Su familia está protegida?

Los seguros de vida, AD&D y discapacidad pueden compensar una serie de brechas financieras originadas en la merma temporal o permanente de los ingresos. Piense en lo que su familia necesitaría para cubrir los gastos cotidianos o médicos durante una licencia por embarazo o por discapacidad a consecuencia de una enfermedad. Considere también cómo manejaría los gastos grandes (alquiler o hipoteca, educación de los hijos, préstamos estudiantiles, deudas de consumo, etc.) tras la muerte de su cónyuge o pareja.

Contamos con cobertura de discapacidad por corto y largo plazo y un monto básico del seguro de vida y AD&D para ayudarlo a recuperarse de pérdidas financieras.

Si necesita una cobertura más amplia

Puede tomar una cobertura optativa para usted, su cónyuge y sus hijos.

SEGURO DE VIDA PROVISTO POR LA COMPAÑÍA

Haga clic o escanee para reproducir el video.



Seguro de vida

El seguro de vida básico le paga al beneficiario designado una suma global en caso de su fallecimiento. Todos los docentes y empleados elegibles para acceder a los beneficios están cubiertos por el seguro de vida básico. La cobertura es administrada por Unum y The Claremont Colleges absorben la totalidad del costo.

Seguro de vida básico

1 vez los ingresos básicos anuales hasta un tope de \$50,000, con un mínimo de \$20,000.

Los montos de los beneficios indicados se reducen si tiene 65 años o más. Consulte el documento del plan para obtener más detalles.



SEGURO DE VIDA Y AD&D VOLUNTARIOS



EVIDENCIA DE ASEGURABILIDAD (EOI)

Solo necesita presentar la EOI dentro de los 31 días posteriores a la fecha de contratación si toma cobertura por encima de cierto monto:

- Para usted: montos por encima de \$355,000.
- Para su cónyuge: montos por encima de \$50,000.

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

Protección para quienes deja atrás

Sumado al seguro de vida básico que paga su empleador, el seguro de vida optativo le permite contratar una cobertura complementaria para proteger la estabilidad financiera de su familia. Su cónyuge e hijos pueden acceder a la cobertura, que es provista por Unum.

Seguro de vida optativo administrado por Unum

Empleado	Puede tener una cobertura de \$1,000,000 en incrementos de \$1,000 hasta alcanzar 4 veces el monto de sus ingresos. Emisión garantizada: \$355,000.
Cónyuge	Incrementos de \$10,000 hasta un máximo de \$250,000 o el 100% de su cobertura total Emisión Garantizada: \$50,000.
Hijos	\$15,000 (el beneficio tiene un límite de \$1,000 para bebés de hasta 6 meses). Emisión garantizada: hasta los 6 meses es de \$1,000.

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

En caso de accidente grave o mortal

El seguro de AD&D optativo le permite tomar la cobertura por muerte accidental y desmembramiento que le paga un beneficio a su beneficiario si usted es víctima de un accidente mortal. Si sufre una lesión grave, el plan le paga un beneficio. Si eliges la cobertura familiar de Muerte y Desmembramiento Accidental (AD&D), tendrás que seleccionar activamente a qué dependientes deseas cubrir. Esto garantiza que tengamos información precisa sobre tus dependientes y nos permite proporcionar las cantidades de cobertura correctas para aquellos que deseas proteger. Su cónyuge e hijos pueden acceder a la cobertura, que es administrada por Zurich.

Seguro de AD&D optativo administrado por Zurich

Empleado	Incrementos de \$25,000, hasta \$500,000, pero sin exceder 10 veces su salario anual* si la selección es superior a \$250,000.
Cónyuge	• Si solo se cubre al cónyuge/pareja de hecho, el monto de cobertura del cónyuge es el 100% del monto de cobertura del empleado. • Si están cubiertos el cónyuge/pareja de hecho y los hijos, el monto de cobertura del cónyuge es el 80% del monto de cobertura del empleado.
Hijos	• Si solo se toma cobertura para los hijos, el monto de cobertura de los hijos es el 30% del monto de cobertura del empleado. • Si están cubiertos el cónyuge/pareja de hecho y los hijos, el monto de cobertura de los hijos es el 20% del monto de cobertura del empleado.

Nota: Los montos de la cobertura se reducen a partir de los 70 años.

*Si elige una cobertura que sea más de 10 veces su salario anual, el monto de su cobertura se ajustará automáticamente a 10 veces su salario anual.

SEGURO DE DISCAPACIDAD POR CORTO PLAZO OPTATIVO (VDI)

Exclusivo para los empleados de CA

Monto del beneficio semanal

El plan paga hasta el 70% de los ingresos semanales



SEGURO DE DISCAPACIDAD POR LARGO PLAZO (LTD)

Monto del beneficio mensual

66 2/3% hasta un máximo de \$15,000.

El beneficio comienza

A los 360 días de producirse la discapacidad.

3 COSAS QUE DEBE SABER SOBRE EL SEGURO DE DISCAPACIDAD POR LARGO PLAZO

1. Puede protegerlo para no tener que recurrir a los ahorros para la jubilación.
2. Puede usar el beneficio del seguro LTD según sus necesidades para afrontar gastos de vivienda, alimentos, facturas médicas, etc.
3. El beneficio puede durar mucho tiempo, desde semanas hasta años, siempre que mantenga la elegibilidad.

Discapacidad por corto plazo (STD)

El seguro de discapacidad reemplaza parte de su salario mientras no puede trabajar, de modo que no deje de tener ingresos para afrontar los gastos de manutención. Estas son algunas de las situaciones de duración limitada:

- Cuestiones relacionadas con el embarazo y la recuperación posparto.
- Enfermedad o lesión prolongada.
- Cirugía y recuperación posquirúrgica.

Usted es elegible para el beneficio del STD después de perder cinco días corridos de trabajo debido a una enfermedad o lesión no laboral, embarazo o parto.

Los pagos del STD pueden reducirse si recibe otros beneficios, como prestaciones por enfermedad, indemnización por accidentes, subsidios del seguro social o prestaciones por discapacidad a cargo del estado.

Usted paga el costo de esta cobertura.

Cómo presentar una reclamación del seguro de discapacidad por corto plazo

Si sufre una discapacidad debido a una enfermedad o lesión accidental, no puede trabajar y está bajo el control de un médico certificado, es elegible para presentar una reclamación para acceder al beneficio previsto en este plan. Póngase en contacto con disability@claremont.edu.

Los beneficios del LTD amortiguan el impacto financiero que provoca una discapacidad.

El seguro de Incapacidad por Largo Plazo (LTD) reemplaza parte de sus ingresos para asuntos a largo plazo, como:

- Enfermedad debilitante (cáncer, afecciones cardíacas, etc.).
- Lesiones graves (accidente, etc.).
- Ataque cardíaco, accidente cerebrovascular.
- Trastornos mentales.

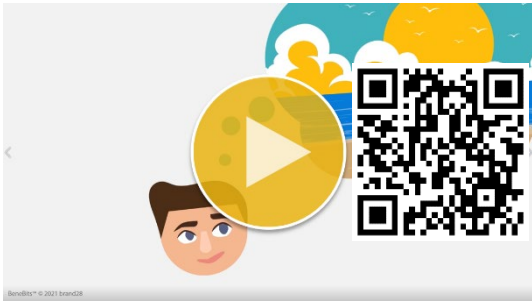
Si reúne los requisitos, el beneficio del LTD comienza una vez que finaliza el beneficio del seguro de discapacidad por corto plazo. Los pagos pueden verse reducidos si -mientras se mantiene la discapacidad- percibe beneficios otorgados por el estado, el gobierno federal o entidades privadas. Queda automáticamente inscrito en el seguro de discapacidad por largo plazo a través de Unum en su primer día de empleo si trabaja 30 horas o más por semana. **The Claremont Colleges asumen el costo de esta cobertura.**

Nota: los empleados del Jardín Botánico de California pueden elegir la cobertura del LTD y compartir el costo de la prima (50%) con The Claremont Colleges.



BIENESTAR FINANCIERO

Haga clic o escanee para reproducir el video.



¿Es hora de hacer un chequeo del «bienestar financiero»?

¿Le preocupa el dinero y cómo hacer rendir su salario? ¿Pagar las deudas? ¿Hacer una compra de gran envergadura, como un automóvil o una casa? ¿Y puede siquiera- empezar a pensar en prepararse para la jubilación?

Ignorar su salud financiera puede afectar su calidad de vida hoy y trabar oportunidades para el futuro. Pero preocuparse por cuestiones de dinero puede causarle estrés, incluso hasta el punto de despertar una enfermedad física.

Ponemos a su alcance beneficios y recursos para ayudarlo a aprovechar al máximo su dinero ahora y en el futuro.

PLAN ACADÉMICO DE JUBILACIÓN



¿CUÁLES SON SUS PLANES?

Algunos de nosotros no podemos planificar más allá del fin de semana y, mucho menos, pensar en ahorros para la jubilación. Nuestro Plan Académico de Jubilación lo ayudará a establecer y cumplir una meta de ahorro para la jubilación.

Lo importante es empezar ahora y reservar lo que pueda, incluso si cree que es demasiado poco para marcar una diferencia.

Plan Académico de Jubilación (ARP)

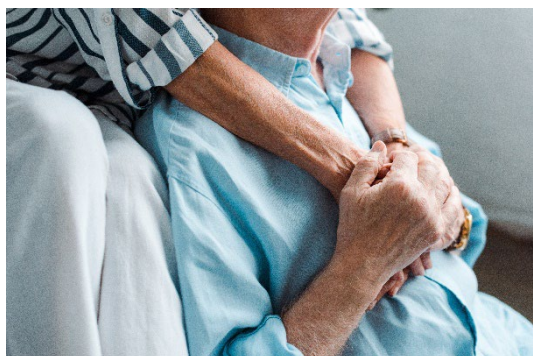
Cada universidad ofrece un Plan Académico de Jubilación (ARP) como camino principal para que los empleados ahorren con miras a la jubilación.

Quiénes son elegibles	Todos los docentes y empleados pueden participar a través de aplazamientos electivos desde la fecha en que son contratados.
Contribuciones	El límite total de contribución del empleado al plan 403(b) para 2026 es de \$24,500. La contribución adicional (catch-up) es de \$8,000 y la contribución adicional 'súper' ('super' catch-up) es de \$3,500." "El IRS generalmente publica las cifras oficiales a finales de octubre o principios de noviembre.
Como inscribirse	Visite www.TIAA.org/theclaremontcolleges . Si no completa la inscripción y de manera predeterminada, los aportes se invierten en el fondo de jubilación Vanguard Target correspondiente a su grupo etéreo.
Los aportes de Claremont Colleges	Algunos empleados califican para recibir aportes de The Claremont Colleges, que se calculan sobre un porcentaje de la remuneración elegible y que dependen de la clasificación laboral y el cumplimiento de un requisito de antigüedad. Además, el empleado debe tener 21 años de edad. Consulte más detalles en la oficina de Recursos Humanos.
Ejercicio de los derechos	Sus aportes y los de The Claremont Colleges (si es elegible) le pertenecen y puede conservarlos una vez que se depositen en su cuenta.
Distribuciones	Generalmente, el plan está diseñado para que reciba distribuciones al momento de desvincularse del empleo. Sin embargo, puede calificar para que se le otorgue un préstamo, hacer un retiro para afrontar dificultades económicas o retiros en servicio a partir de los 59½ años de edad.

Nota: contamos con diferentes opciones de planes jubilatorios para los empleados del Jardín Botánico de California.

Para solicitar más información sobre el Plan Académico de Jubilación, visite <http://www.tiaa.org/theclaremontcolleges>.

AHORRE AHORA, DISFRUTE MÁS ADELANTE



¿NECESITA EL FORMULARIO DE APLAZAMIENTO SALARIAL?

Visite services.claremont.edu/benefits-administration/ y haga clic en «Benefit Forms» para acceder al formulario.



Plan 457(b)

Quiénes son elegibles

La elegibilidad queda restringida a los empleados que tienen un salario básico mensual de \$14,538 o superior.

Contacta a benefits@claremont.edu para preguntar sobre la elegibilidad.

Como inscribirse

Visite www.TIAA.org/theclaremontcolleges.

Sus aportes

Si es elegible, puede hacer aportes antes de impuestos en cada período de pago hasta el límite de \$24,500 que fija el IRS. Se recomienda maximizar -en primer lugar- los aplazamientos del ARP y utilizar el Plan 457(b) para cualquier otra oportunidad de aplazamiento.

Los aportes de The Claremont Colleges

Comuníquese con Servicios para la Jubilación para conocer los detalles: benefits@claremont.edu o (909) 621-8151.

Ejercicio de los derechos

Sus aportes y los de The Claremont Colleges (si es elegible) le pertenecen y puede conservarlos una vez que se depositen en su cuenta.

Distribuciones

Generalmente, el plan está diseñado para que reciba distribuciones al momento de desvincularse del empleo. Sin embargo, puede calificar para una distribución antes de desvincularse del empleo.

Tendrá sesenta días a partir de la fecha de desvinculación para elegir cuándo desea que se le paguen los fondos. Si no realiza una elección dentro de los sesenta días, se le pagará inmediatamente el total de fondos en su cuenta 457(b) en un único pago, menos las retenciones de impuestos aplicables.



PLANES OPTATIVOS

NUESTROS PLANES OPTATIVOS

Seguro de Accidentes

Seguro para Enfermedades Críticas

Seguro de Indemnización
Hospitalaria

Seguro de Protección contra el
Robo de Identidad

Seguro de Asistencia Legal

Seguro de Mascotas

Usted es único y también son únicas sus necesidades de beneficios

Los planes optativos son coberturas opcionales que lo ayudan a personalizar el paquete de beneficios según sus necesidades específicas.

The Claremont Colleges ofrecen planes que resultan de utilidad para:

- Reemplazar los ingresos si está lesionado o enfermo.
- Cerrar la brecha para cubrir las necesidades especiales de atención médica.
- Proteger su identidad y ayudarlo a gestionar cuestiones legales.
- Ahorre dinero en la protección de sus mascotas

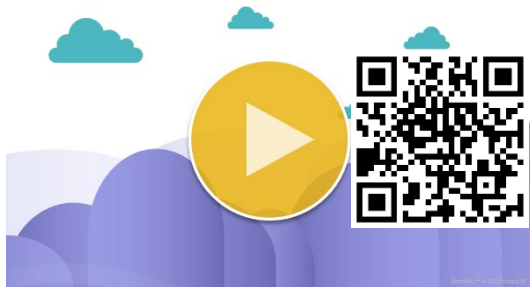
Usted paga el costo total de estos planes, pero nuestras tarifas grupales suelen ser más asequibles que la cobertura individual.

Los beneficios optativos son eso: optativos. Tiene la libertad y flexibilidad de elegir los beneficios más convenientes para usted y su familia. También puede decidir no tomar ninguna cobertura optativa. La decisión está en sus manos.

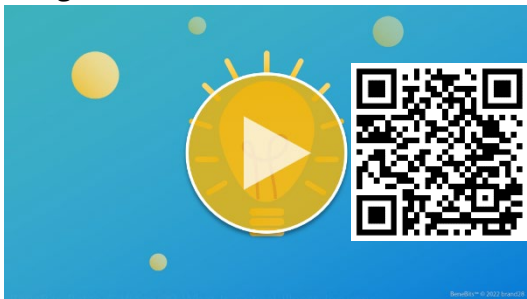
PLANES DE SALUD OPTATIVOS

Haga clic o escanee para reproducir el video.

Seguro contra accidentes



Seguro contra enfermedades críticas



Seguro de indemnización hospitalaria



ASPECTOS A TENER EN CUENTA

Su plan médico ayuda a cubrir el costo de una enfermedad, pero una crisis de salud grave o muy prolongada a menudo implica incurrir en gastos adicionales y que no sea posible llevar a casa un cheque de pago completo. Estos planes le facilitan recursos para ayudarlo a salir adelante en momentos en que sus finanzas atraviesan períodos de tensión.

Seguro contra accidentes

El seguro contra accidentes, administrado por Voya, lo ayuda a pagar costos inesperados que pueden surgir a consecuencia de lesiones comunes, tales como fracturas, dislocaciones, quemaduras, atención en la sala de emergencias o de urgencia y fisioterapia. Si usted o un miembro de la familia cubierto sufre un accidente, este plan le paga una suma global libre de impuestos. El monto que recibe depende del tipo y la gravedad de la lesión y puede utilizarlo de la manera que elija. Puede tomar la cobertura para usted y para los dependientes elegibles.

Seguro contra enfermedades críticas

El seguro contra enfermedades críticas, administrado por Voya, puede ayudar a cubrir una laguna financiera si padece una enfermedad grave como cáncer, ataque cardíaco o accidente cerebrovascular. Tras el diagnóstico de una enfermedad cubierta, se le paga inmediatamente una suma global libre de impuestos. Puede usarla para solventar los gastos médicos, los traslados, el cuidado de niños, la merma de ingresos o cualquier otra necesidad surgida a consecuencia de una enfermedad grave. Puede optar entre dos coberturas: \$15,000 o \$30,000. La cobertura puede extenderse a sus dependientes elegibles.

Seguro de indemnización hospitalaria

El seguro de indemnización hospitalaria mejora su cobertura médica actual. El plan paga una suma global libre de impuestos cuando usted o un dependiente inscripto es admitido o confinado en un hospital para recuperarse de una enfermedad o un accidente cubierto. Puede usar el dinero que recibe del plan como mejor le parezca para pagar las facturas médicas, el cuidado de los niños o los gastos de subsistencia habituales, como los comestibles. ¡Usted decide! Puede tomar la cobertura para usted y para los dependientes elegibles.

¿Necesita más información?

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

PLANES PARA PROTEGER SU SEGURIDAD Y LA DE SU FAMILIA



INFORMATIONINFORMACI ÓN DE CONTACTO

Consulte la sección
Contactos del Plan de esta
guía.

Protección contra el robo de identidad

El robo de identidad es algo grave. Las víctimas pueden llegar a gastar cientos y hasta miles de dólares y perder semanas de su tiempo para reparar el daño causado a su buen nombre y antecedentes crediticios. Cuanto más tiempo pasa sin detectarse el fraude de identidad, más caro y difícil resulta resolverlo. Por una prima mensual asequible, la protección contra el robo de identidad que brinda Allstate ayuda a salvaguardar sus datos personales mediante monitoreo proactivo, restauración de identidad y resolución. Visite myaip.com para conocer más detalles.

Programa de asistencia legal

¿Tiene un abogado contratado? La mayoría de las personas, no. Para esos casos, nuestro programa de asistencia legal le ofrece acceso a asesoramiento legal e, incluso, representación por una prima mensual asequible. Tanto si necesita ayuda para revisar un contrato de alquiler; lidiar con un asunto penal; recibir asistencia para cuestiones de inmigración, problemas familiares, deudas, tránsito, testamentos y planificación patrimonial, la cobertura de ARAG Legal pone a su disposición la asistencia de abogados acreditados para usted y su familia. Visite <https://www.araglegal.com/authenticate> (código 18437ccs) para consultar detalles.

Seguro para mascotas

Las mascotas también son miembros de la familia y los costos para tratar sus enfermedades suelen trepar con una velocidad inusitada. El seguro para mascotas evita que tenga que cubrir los gastos de salud de su mascota con fondos de su cuenta bancaria. La mayoría de los planes cubren los costos asociados tanto con accidentes como con enfermedades, y hasta los medicamentos. Nationwide administra la cobertura de este programa. Las primas varían en función de la cobertura y se pagan directamente a Nationwide. Puede informarse en detalle en <https://benefits.petinsurance.com/the-claremont-colleges>.



BIENESTAR Y EQUILIBRIO

**«LA CLAVE PARA
MANTENER EL
EQUILIBRIO ES ADVERTIR
CUÁNDO LO HA
PERDIDO»**

Usted puede ser una persona más satisfecha y saludable

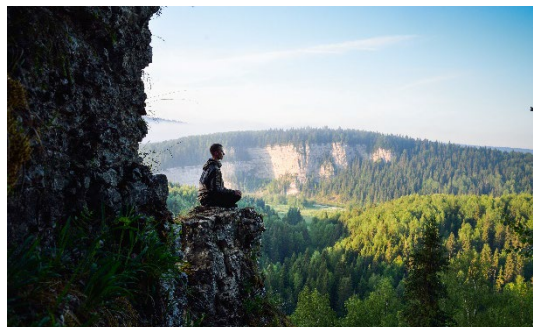
Establecer un equilibrio saludable entre el trabajo y el ocio es un factor importante para llevar un estilo de vida feliz y productivo, pero no siempre es fácil.

Contamos con programas para ayudarlo a:

- Manejar el estrés, la dependencia química, la salud mental y los problemas familiares.

Cuidarse a sí mismo lo ayudará a ser más productivo en todas las áreas de su vida. No desaproveche estos programas para mantenerse en el mejor estado posible.

PROGRAMA DE BIENESTAR DE BLUE SHIELD



INFÓRMESE SOBRE EL CUIDADO PREVENTIVO PARA USTED Y SU FAMILIA

Las visitas anuales de atención preventiva pueden ayudarlo a detectar pequeños problemas antes de que escalen. Conozca cuáles son los exámenes de detección, servicios y vacunas que recomendamos para usted y su familia. Visite [blueshieldca.com/preventive](https://www.blueshieldca.com/preventive).

VACÚNESE CONTRA LA GRIPE Y OTRAS ENFERMEDADES EN UNA FARMACIA MINORISTA

En la vasta red de farmacias minoristas de Blue Shield se aplican varias vacunas preventivas, incluida la vacuna anual contra la gripe, sin costo adicional y sin receta. Si lo prefiere, también puede vacunarse en el consultorio de su médico, en lugar de hacerlo en una farmacia. Conozca más en www.bscaplan.com/zpfgde.

PROGRAMA DE ATENCIÓN LEJOS DEL HOGAR para MIEMBROS DE LA HMO

Usted y su familia pueden permanecer cubiertos con los beneficios de la HMO durante períodos prolongados con el programa Away From Home Care®. Visite <https://www.blueshieldca.com/en/home/find-a-doctor/help/access-to-coverage> o llame al (800) 622-9402.

Mejore su estado de salud con Wellvolution

Wellvolution es una plataforma digital gratuita para la salud y el bienestar que cuenta con más de 50 aplicaciones y programas probados que lo ayudarán a alcanzar sus objetivos de salud. Las áreas de interés incluyen la prevención y reversión de enfermedades, la nutrición, el sueño, el tabaquismo y la salud mental. Los especialistas en salud mental lo atenderán en línea de la manera en que lo necesite, cuando lo necesite y donde lo necesite. Visite [wellvolution.com](https://www.wellvolution.com).

Ahorros para los miembros

Ahorre dinero y manténgase más saludable gracias a una amplia gama de programas de descuento para el bienestar, incluido Fitness Your Way™. Blue Shield le brinda acceso a más de 800 gimnasios en California y más de 10,000 en todo el país, por solo \$25 al mes. Los programas incluyen servicios de acupuntura y quiropráctica; masajes terapéuticos; y exámenes de la vista, monturas, lentes de contacto y cirugía LASIK. En [blueshieldca.com/wellnessdiscounts](https://www.blueshieldca.com/wellnessdiscounts) puede consultar más información.

Programa para administrar la atención de salud

Cuente con ayuda para gestionar sus necesidades de salud relacionadas con afecciones como diabetes, depresión, dolor crónico, cáncer y más. Los servicios incluyen asesoramiento de salud personalizado, trazado de planes de atención y coordinación de proveedores. Para obtener más información, visite [blueshieldca.com/wellness](https://www.blueshieldca.com/wellness) y busque «Conditions and Care Programs». Llame al (855) 599-2657 para saber si es elegible.

Programa de maternidad

El programa de maternidad de Blue Shield contempla asistencia durante el embarazo, incluida una consulta con un dietista registrado, evaluaciones de los sucesos más importante durante el embarazo y acceso a una línea directa de apoyo las 24 horas, los 7 días de la semana, atendida por enfermeras experimentadas. Vaya a [blueshieldca.com/wellness](https://www.blueshieldca.com/wellness), haga clic en «Conditions and Care Programs»; luego, seleccione «Women's Health» y haga clic en «Learn more» en la solapa «Maternity Program».

Atención lejos del hogar

Puede recibir atención para los servicios de urgencia y emergencia cubiertos mientras viaja por los Estados Unidos o en el extranjero. Disponible para todos los miembros de planes HMO y PPO.

Si está en los Estados Unidos: llame al (800) 810-BLUE o visite [provider.bcbs.com](https://www.provider.bcbs.com).

Si está en el exterior: llame al (804) 673-1177 o visite [bcbsglobalcore.com](https://www.bcbsglobalcore.com).

BIENESTAR DE KAISER



NUEVA FUNCIÓN DE KAISER CON CIGNA

A partir de agosto de 2022, los miembros de Kaiser HMO tienen acceso a la red nacional de médicos y proveedores de Cigna para cuidados urgentes o de emergencia durante sus viajes. Llame al 951-268-3900 (TTY 711) para recibir ayuda para viajes en cualquier momento, desde cualquier lugar (cerrado en feriados importantes). Para más información sobre esta mejora, visite kp.org

KAISER FUERA DE CASA

Los Miembros de Kaiser están cubiertos para cuidados de emergencia y urgentes en cualquier lugar del mundo. Al margen de si está viajando dentro de Estados Unidos o en un país extranjero, el [sitio web](https://kp.org) para viajes de Kaiser le explicará lo que debe hacer si necesita cuidados de emergencia o urgentes durante su viaje.

¿NECESITA MÁS INFORMACIÓN?

Para acceder a estas herramientas y servicios, visite kp.org o llame a Servicios para Miembros al 800-464-4000.

Manténgase comprometido con su salud y simplifique su atareada vida utilizando el [Sitio Web de Kaiser Permanente](https://kp.org).

KP Oncall

Tiene disponible asesoramiento de enfermería de Kaiser después de horario regular llamando al 833-574-2273. Puede conversar con un profesional de salud matriculado telefónicamente después del horario regular si tiene preguntas sobre salud, si necesita asesoramiento sobre cómo buscar atención médica o para saber si el consultorio de su médico está cerrado.

myStrength

myStrength está diseñado para que lo ayude a navegar por los desafíos de la vida, para que realice cambios positivos y para que lo ayude en su bienestar general. La aplicación puede ayudarlo a establecer objetivos y a trabajar para alcanzarlos de las formas que funcionen mejor para usted. Puede obtener myStrength en kp.org/selfcareapps y elegir las áreas de salud mental y bienestar en las que desea enfocarse.

Calm

Pruebe con la aplicación Calm para cuidarse y dormir mejor. Calm es una aplicación que utiliza la meditación y la atención plena (mindfulness) para ayudarlo a reducir el estrés, a reducir la ansiedad y a mejorar la calidad del sueño. Los miembros adultos pueden obtener Calm en kp.org/selfcareapps.

ClassPass

Kaiser se asoció al líder en la industria de gimnasios ClassPass para que le resulte más fácil hacer ejercicio desde la comodidad de su hogar o gimnasio/estudio local. Los miembros de Kaiser Permanente pueden recibir entrenamiento por video a demanda sin costo y tarifas reducidas en transmisiones en vivo y en clases de gimnasia en persona. Para comenzar, visite kp.org/exercise.

ChooseHealthy

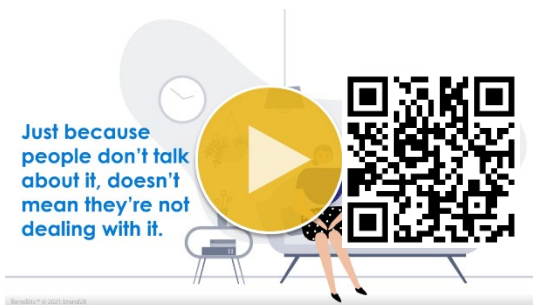
El programa ChooseHealthy proporciona descuentos en una variedad de recursos de cuidados complementarios y alternativos. Puede aprovechar las tarifas reducidas que lo ayudarán a mantenerse sano. Reciba descuentos en cuidados alternativos como acupuntura o masajes.

Programas de estilo de vida saludable

Kaiser ofrece programas para llevar una vida sana, por ejemplo para bajar de peso, para la maternidad y el embarazo, para dejar de fumar, para el insomnio, para la diabetes, para la depresión y para manejar el estrés y tratar el dolor.

PROGRAMA DE ASISTENCIA AL EMPLEADO (EAP)

Haga clic o escanee para reproducir el video.



CONTACTO CON EL EAP

Teléfono: (800) 234-5465

Sitio web:

www.liveandworkwell.com

(código de acceso: claremontcolleges)

Un recurso para usted y los integrantes de su hogar

En algún momento, todos necesitamos una ayuda, consejo o asistencia para ocuparnos de una cuestión acuciante. El EAP administrado por Optum puede ayudarlo a manejar una amplia variedad de problemas personales, como inquietudes emocionales y el abuso de sustancias, necesidades relacionadas con la crianza y el cuidado de los hijos, asesoramiento financiero o legal y recursos para el cuidado de ancianos.

Lo mejor de todo es que el contacto con el EAP es completamente confidencial, gratuito y está disponible para cualquier miembro de su familia inmediata.

Recursos del EAP sin costo

El EAP está a disposición las 24 horas para garantizar que tenga acceso a los recursos que necesita:

- Acceso telefónico ilimitado 24/7.
- Asesoramiento presencial o por video para problemas de corto plazo; hasta 5 visitas por incidente.
- Acceso web ilimitado a artículos, recursos y herramientas de autoevaluación que son de gran utilidad.

BENEFICIOS DE CONSEJERÍA CONSULTAS LEGALES

- Dificultades con los vínculos.
- Angustia emocional.
- Estrés laboral.
- Conflictos comunicacionales.
- Abuso de alcohol o drogas.
- Pérdidas y duelo.
- Derivación a un abogado local.
- Asuntos familiares (matrimoniales, custodia de los hijos, adopción).
- Planificación patrimonial.
- Propietario/inquilino.
- Inmigración.
- Lesiones personales.
- Protección al consumidor.
- Asuntos inmobiliarios.
- Quiebras.

CRIANZA Y CUIDADO DE NIÑOS

- Derivaciones a proveedores idóneos.
- Hogares de cuidado familiar diurno.
- Centros infantiles y preescolares.
- Cuidado antes/después de la escuela.
- Atención las 24 horas.

RECURSOS PARA EL CUIDADO DE ANCIANOS

- Ayuda para encontrar los recursos apropiados para cuidar a un pariente anciano o discapacitado.

RECURSOS EN LÍNEA

- Herramientas de autoayuda para mejorar la resiliencia y el bienestar.
- Información útil y enlaces a diversos servicios y temas.

ASESORAMIENTO FINANCIERO

- Administración del dinero.
- Gestión de deudas.
- Cobertura por robo de identidad.
- Cuestiones impositivas.



INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE LOS PLANES



En esta sección, encontrará información importante sobre los planes, que incluye:

- Sus contribuciones a los beneficios voluntarios en 2026.
- Datos de contacto de nuestras aseguradoras y proveedores.
- Un glosario sobre los beneficios que lo ayudará a comprender los términos importantes de los seguros.
- Un resumen de los avisos del plan médico que tiene derecho a recibir todos los años y dónde encontrarlos.
- Avisos federales obligatorios, incluso el Aviso de la Parte D de Medicare.

TARIFAS DE LOS PLANES OPTATIVOS PARA EL AÑO 2026

SEGURO CONTRA ACCIDENTES (Mensual)

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

SEGURO DE INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA (Mensual)

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

TARIFAS DEL SEGURO OPTATIVO PARA MASCOTAS (Mensual)

Tarifas
Varían según la especie y edad de la mascota y el estado en que reside. Para solicitar una cotización, visite www.petinsurance.com/claremont o llame al 877-738-7874.

SEGURO OPTATIVO DE ASISTENCIA LEGAL (Mensual)

Tarifas
\$18.25 (tanto para el empleado solo como para la familia).

SEGURO OPTATIVO DE PROTECCIÓN DE IDENTIDAD (Mensual)

Tarifas
\$7.95 (empleado únicamente) \$13.95 (familiar)

OPCIONES DE COBERTURA CONTRA ENFERMEDADES CRÍTICAS (Mensual)

MONTO PARA EL EMPLEADO: \$15,000 MONTO PARA EL CÓNYUGE: \$7,500 MONTO PARA EL HIJO: \$5,000					MONTO PARA EL EMPLEADO: \$30,000 MONTO PARA EL CÓNYUGE: \$15,000 MONTO PARA EL 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

COSTOS DE LOS SEGUROS DE VIDA y DE AD&D OPTATIVOS

Si elige el seguro de vida o de AD&D optativo, la prima mensual se calcula en función de su edad y el monto de la cobertura. Con la siguiente tabla puede calcular el monto de la prima que se descontará de su cheque de pago.

SEGURO DE VIDA OPTATIVO

Las tarifas para empleados y cónyuges/parejas de hecho se calculan en función de la edad del empleado al 1 de enero de 2026.

Tarifa mensual por cada \$1,000 de cobertura

Edad	Tarifas mensuales para el empleado y cónyuge
<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
Mayor de 70	\$1.418
Seguro de vida para hijos dependientes	\$1.05 para una cobertura de \$15,000 por hijo

SEGURO DE MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO (AD&D) OPTATIVO

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

Tarifa mensual por cada \$1,000 de cobertura

Monto del beneficio del seguro de AD&D	Empleado únicamente	Familiar
\$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

CONTACTOS DEL PLAN

Estos son los datos de las aseguradoras de nuestros planes para que pueda comunicarse en caso de necesitarlo:

Plan	Aseguradora	Número de teléfono	Sitio web	N.º de póliza
Trio HMO de Blue Shield	Blue Shield of CA	855-829-3566	www.bscaplan.com/zpfgde	HMOX0002
HMO de Blue Shield Access+	Blue Shield of CA	855-599-2657	www.bscaplan.com/zpfgde	HMOX0001
PPO HDHP de Blue Shield	Blue Shield of CA	855-599-2657	www.bscaplan.com/zpfgde	PPOX0001
Plan HMO de Kaiser	Kaiser Permanente	800-464-4000	www.kp.org	101582
HMO y PPO de Cigna Dental	Cigna	800-244-6224	www.cigna.com	3340182
VSP Vision	VSP Vision Care	800-877-7195	claremontcolleges.vspforme.com	40161144
FSA	Inspira Financial	844-729-3539	www.InspiraFinancial.com	N/A
Programa de asistencia al empleado	Optum	800-234-5465	www.liveandworkwell.com	claremontcolleges
Seguro de vida	Unum	866-679-3054	www.unum.com	442162
Seguro de AD&D optativo	Zurich	866-841-4771	www.zurichna.com	GTU -5091313
Seguro médico complementario	Voya	877-236-7564	https://presents.voya.com/EBRC/Claremont	Claremont
Jubilación	TIAA	800-842-2776	www.TIAA.org/theclaremontcolleges	Seleccione la institución en la que está empleado
Protección contra el robo de identidad	Allstate	800-789-2720	www.myaip.com	The Claremont Colleges
Seguro de asistencia legal	ARAG	800-247-4184	www.ARAGLegalCenter.com	18437CC3
Seguro para mascotas	Nationwide	855-874-4944	petinsurance.com/Claremont	Claremont
Programa de asistencia en viaje	Zurich	800-555-0870	www.zurichna.com	GTU-5091313
Medicare	Medicare	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)	www.medicare.gov	N/A
Soluciones de Medicare de SGIA	Lucy Parker	(626) 658-2931		N/A
Derechos a la salud	Centros de derechos a la salud	213-383-4519	chcsbc.org	N/A

GLOSARIO

-A-

Seguro de AD&D

Un plan de seguro que le paga un beneficio a usted o a su beneficiario si pierde una extremidad, el habla, la vista o la audición, o si sufre un accidente mortal.

Monto permitido

El monto máximo que su plan pagará por un servicio de atención médica cubierto.

Centro de cirugías ambulatorias (ASC)

Un centro de atención médica que se especializa en procedimientos quirúrgicos en el mismo día, como cataratas, colonoscopias, endoscopia gastrointestinal superior, cirugía ortopédica y muchos más.

Tope anual

Un límite para los beneficios que su plan pagará en un año. Es posible que se establezcan límites en determinados servicios, como medicamentos recetados u hospitalizaciones. Se pueden establecer topes anuales sobre el monto en dólares de los servicios cubiertos o sobre la cantidad de visitas que se cubrirán para un servicio en particular.

Una vez que se alcanza el tope anual, debe pagar todos los costos de atención médica durante el resto del año del plan.

-B-

Facturación de saldos

Los proveedores dentro de la red no pueden facturarle un monto mayor que el cargo permitido por el plan, pero los proveedores fuera de la red sí pueden hacerlo. Esto se denomina facturación de saldos. 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 cobrarle a USTED la diferencia de \$30 (el saldo).

Beneficiario

La o las personas que usted designa para que reciban el pago de un beneficio en caso de su fallecimiento. Se deben designar beneficiarios para los planes de vida, AD&D y jubilación. Debe nombrar a sus beneficiarios con anticipación.

Medicamento de marca

Un medicamento que se vende bajo su nombre de marca registrada. Por ejemplo, Lipitor es la marca de un medicamento común para el colesterol.

-C-

COBRA

Una ley federal que le permite mantener temporalmente la cobertura médica después de desvincularse de su empleo, en función de ciertos eventos de vida que califican. Si elige la cobertura de la ley COBRA (Ley Omnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria), usted paga el 100% de las primas, incluido el porcentaje que pagaba su empleador, más una pequeña comisión administrativa.

Reclamación

La solicitud de pago que usted o su proveedor de atención médica envían al plan después de recibir servicios potencialmente cubiertos.

Coseguro

Su parte del costo de una consulta o servicio de atención médica. El coseguro se expresa como un porcentaje y siempre suma el 100%. Por ejemplo, si el plan cubre el 70%, usted es responsable de pagar el otro 30% del costo. Si su plan establece un deducible, usted paga el 100% del costo hasta alcanzar el monto del deducible.

Copago

Una tarifa fija que paga por algunos servicios médicos, por ejemplo, atención en el consultorio. Usted paga el copago en el momento en que recibe el servicio. En la mayoría de los casos, los copagos no cuentan para el deducible.

-D-

Deducible

El monto de gastos de atención médica que debe pagar con su propio dinero antes de que el plan médico empiece a pagar. El deducible no se aplica a la atención preventiva y ciertos otros servicios.

La cobertura familiar puede tener un deducible **agregado** o **implícito**. Agregado significa que su familia debe alcanzar el deducible familiar completo antes de que se cubran los gastos individuales. Implícito significa que el plan comienza a realizar pagos para un miembro cuando éste alcanza su deducible individual.

Servicios dentales básicos

Servicios como empastes, extracciones de rutina y algunos procedimientos de cirugía bucal.

Servicios dentales de diagnóstico y preventivos Generalmente, incluyen limpiezas de rutina, exámenes bucales, radiografías y tratamientos con flúor. La mayoría de los planes limitan los exámenes preventivos y las limpiezas a dos veces al año.

Servicios dentales complejos

Trabajos dentales complejos o de restauración, tales como coronas, puentes, dentaduras postizas, incrustaciones inlay y onlay.

Cuenta flexible para el cuidado de dependientes (FSA)

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 guardería, programas de cuidado antes y después de la escuela, jardín de infantes y campamento diurno de verano para niños menores de 13. La cuenta también se puede usar para el cuidado diurno del cónyuge u otro dependiente que vive con usted y no es física o mentalmente autosuficiente.

-E-

Gasto elegible

Un servicio o producto que está cubierto por su plan. Su plan no cubre ningún costo si el servicio no es elegible.

Servicio excluido

Un servicio que su plan de salud no paga ni cubre.

-F-

Formulario

Una lista de medicamentos recetados cubiertos por su plan médico o plan de medicamentos recetados. También se denomina listado de medicamentos.

-G-

Medicamento genérico

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

Protegido

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

-H-

Cuenta de reembolso de gastos médicos (HRA)

Una cuenta financiada por el empleador que hace reembolsos libres de impuestos a los empleados por gastos médicos calificados hasta alcanzar un tope por año. A veces, se denomina Acuerdos de Reembolsos de Salud.

Cuenta flexible para gastos médicos (FSA)

Una cuenta de salud patrocinada por su empleador que le permite pagar muchos gastos médicos de su bolsillo con dólares libres de impuestos. Los gastos elegibles incluyen copagos y deducibles del seguro, medicamentos recetados calificados, insulina y dispositivos médicos, además de algunos artículos de venta libre.

Plan de salud con deducible alto (HDHP)

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 la parte que le corresponde. Si toma un plan con deducible alto (HDHP) puede acceder a una cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA) que le permite pagar ciertos servicios con dinero libre de impuestos federales.

GLOSARIO

-I-

Dentro de la red

Los proveedores y servicios dentro de la red suscriben un contrato con su plan médico y, por lo general, serán la opción de menor costo. Visite el sitio web de su plan si quiere buscar médicos, hospitales, laboratorios y farmacias. Los servicios fuera de la red costarán más o -tal vez- no estén cubiertos.

-L-

Seguro de vida

Un plan de seguro que le paga al beneficiario designado una suma global en caso de su fallecimiento.

Seguro de discapacidad por largo plazo (LTD)

Seguro que reemplaza una parte de sus ingresos si no puede trabajar debido a una enfermedad debilitante, lesión grave o trastorno mental. En general, la discapacidad por largo plazo comienza después de un período de espera de 90 días.

-M-

Pedido por correo

Una prestación del plan médico o de medicamentos recetados que prevé el envío por correo de los medicamentos que toma habitualmente para un suministro de 90 días.

-O-

Inscripción abierta

El período del año durante el cual puede modificar los planes de beneficios en los que está inscrito y los dependientes que cubre. La inscripción abierta tiene lugar una vez al año. Fuera de la inscripción abierta, solo puede hacer cambios si atraviesa ciertos eventos en su vida, como el matrimonio o la llegada de un hijo a la familia.

Fuera de la red

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

Gasto de bolsillo

Un gasto de atención médica que usted debe pagar con su propio dinero, ya sea con su cuenta bancaria, tarjeta de crédito o con una cuenta médica como una HSA, FSA o HRA.

Tope de gastos de bolsillo

Lo protege contra facturas médicas por montos excesivos. Una vez que los costos «de su propio bolsillo» alcanzan ese tope, el plan paga el 100% de la mayoría de los gastos elegibles durante el resto del año del plan.

La cobertura familiar puede tener un tope *agregado o implícito*. Agregado significa que su familia debe alcanzar el tope de desembolso familiar completo antes de que el plan pague el 100% para cualquier miembro. Implícito significa que el plan cubrirá el 100% para un miembro individual tan pronto como éste alcance su propio tope.

Atención ambulatoria

Atención en un hospital que no requiere estadía durante la noche.

-P-

Farmacia participante

Una farmacia que tiene un contrato con su plan médico o de medicamentos y que, por lo general, tendrá el costo más bajo para los medicamentos recetados.

Año del plan

Un período de 12 meses durante el cual se brinda la cobertura de los beneficios. El período de 12 meses puede o no coincidir con el año calendario.

Medicamento preferido

Cada plan médico establece una lista de medicamentos preferidos que incluye medicamentos recetados y se confecciona según una evaluación de eficacia y costo. Otro nombre para esta lista es «formulario». El plan puede cobrar más por medicamentos no preferidos o por medicamentos de marca que tienen versiones genéricas. Los medicamentos que no están en la lista de medicamentos preferidos pueden no estar cubiertos.

Servicios de cuidados preventivos

Consultas médicas de rutina que pueden incluir controles, pruebas, chequeos, inmunizaciones y asesoramiento al paciente para prevenir enfermedades, dolencias u otras afecciones. Muchos servicios de cuidados preventivos están totalmente cubiertos. Consulte previamente con su plan de salud si tiene dudas sobre si un servicio preventivo está cubierto.

Proveedor de atención primaria (PCP)

El médico principal al que consulta por cuestiones de salud. Algunos planes médicos requieren que los miembros designen a un médico específico como su PCP y que ese proveedor indique o apruebe los tratamientos y las derivaciones.

-S-

Seguro de discapacidad por corto plazo

Seguro que reemplaza una parte de sus ingresos si no puede trabajar temporalmente debido a una cirugía y recuperación posquirúrgica, una enfermedad o lesión prolongada o situaciones relacionadas con el embarazo y la recuperación posparto.

-T-

Telesalud / Telemedicina / Teladoc

Una consulta virtual con un médico mediante chat de video a través de una computadora, tableta o teléfono inteligente.

Se puede acudir a las consultas de telesalud para muchas enfermedades y lesiones comunes y no graves, y están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Muchos planes y grupos médicos brindan servicios de telesalud sin costo o por un costo mucho menor que una visita al consultorio.

-U-

Razonables y habituales (UCR)

El monto pagado por un servicio médico en un área geográfica basado en lo que los proveedores del área suelen cobrar por el mismo servicio o un servicio médico similar. A veces, este monto se usa para determinar el monto permitido.

Atención de urgencia

Asistencia para una enfermedad, lesión o afección lo suficientemente importante como para necesitar atención inmediata, pero no tanto como para requerir ser atendido en la sala de emergencias. Normalmente, la atención en un centro de urgencia cuesta mucho menos que en la sala de emergencias.

-V-

Vacunas

Tratamiento para prevenir enfermedades comunes como gripe, neumonía, sarampión, poliomielitis, meningitis, culebrilla y otras afecciones. También se denominan inmunizaciones.

Beneficio optativo

Un plan de beneficios opcional ofrecido por su empleador por el cual usted paga la prima completa, generalmente a través de un descuento de nómina.

LO QUE DEBE SABER ACERCA DE LAS REGLAS "SIN SORPRESAS"

Las reglas "Sin Sorpresas" lo protegen de facturas médicas sorpresa en situaciones en las que no puede elegir fácilmente un proveedor que está en la red de su plan de salud. Esto es especialmente común en una situación de emergencia, cuando podrá recibir atención de proveedores que no pertenecen a la red. Los proveedores que no pertenecen a la red o los centros de emergencia podrán solicitarle que firme un aviso y formulario de consentimiento antes de proporcionar ciertos servicios después de que deja de necesitar atención de emergencia. A esto se lo denomina "servicios post estabilización". No debería recibir este aviso y formulario de consentimiento si recibe servicios de emergencia que no sean servicios post estabilización. También se le podrá solicitar que firme un aviso y formulario de consentimiento si programa ciertos servicios que no son de emergencia con un proveedor que no pertenece a la red, en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio de la red.

El aviso y formulario de consentimiento le informa sobre sus protecciones contra facturas médicas inesperadas, le da la opción de desistir de esas protecciones y pagar más por la atención fuera de la red y proporciona un estimativo de lo que podría costar su atención fuera de la red. No tiene la obligación de firmar el formulario y no debería firmarlo si no tuvo una opción de proveedor o centro de salud antes de programar la atención médica. Si no firma, podrá tener que reprogramar su atención médica con un proveedor o centro de la red de su plan de salud.

[Vea un modelo de aviso y formulario de consentimiento \(PDF\).](#)

Esto aplica a usted si es un participante, beneficiario, asegurado o persona cubierta en un plan de salud grupal o si tiene cobertura de seguro de salud grupal o individual, que incluye un plan de Beneficios Federales de Salud para Empleados (FEHB).

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE EL PLAN

AVISOS SOBRE EL PLAN MÉDICO

Estos avisos deben proporcionarse anualmente a los participantes del plan, y se puede acceder a ellos en el documento Avisos Anuales, que se encuentra en esta guía.

- **Notificación de la Parte D de Medicare:** describe las opciones para acceder a la cobertura de medicamentos recetados para personas elegibles para Medicare.
- **Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer:** describe los beneficios a los que tienen derecho quienes que se someterán o se han sometido a una mastectomía.
- **Ley de Protección de la Salud de los Recién Nacidos y las Madres:** describe los derechos de la madre y el recién nacido a permanecer en el hospital 48-96 horas después del parto.
- **Aviso sobre Derechos de Inscripción Especial según la HIPAA:** describe cuándo puede inscribirse e inscribir a sus dependientes en la cobertura de salud fuera de la inscripción abierta.
- **Aviso de Prácticas de Privacidad según la HIPAA:** describe cómo se puede usar y divulgar información sobre su salud.
- **Aviso sobre Elección de Proveedores:** le notifica que su plan requiere que designe un médico de atención primaria (PCP) o le permite seleccionar uno.
- **Asistencia para el Pago de Primas con Fondos de Medicaid y del Programa de Seguro de Salud para Menores (CHIP):** describe la disponibilidad de asistencia para pagar la prima correspondiente a los dependientes elegibles para Medicaid.

Mantenimiento de la Cobertura según la Ley COBRA

Usted y sus dependientes pueden tener derecho a mantener la cobertura después de perder la elegibilidad conforme a los términos de nuestro plan médico. Al momento de la inscripción, usted y sus dependientes reciben un Aviso Inicial de COBRA, que explica las circunstancias bajo las cuales puede mantener la cobertura y sus obligaciones de notificar al plan cuando usted o sus dependientes experimenten un evento de vida que califica para un cambio. Lea este aviso detenidamente para asegurarse de que comprende sus derechos y obligaciones.

DOCUMENTOS DEL PLAN

Esta guía incluye documentos importantes para nuestro plan de salud y el plan de jubilación. Puede solicitar copias impresas de estos documentos y avisos. Si desea una copia impresa, comuníquese con el Administrador del Plan.

DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL PLAN (SPD)

El documento legal que describe los beneficios previstos en el plan, así como los derechos y obligaciones del plan para los participantes y beneficiarios.

- Plan médico de The Claremont Colleges.

RESÚMENES DE LOS BENEFICIOS Y LA COBERTURA (SBC)

Un documento requerido por la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA) que presenta las características del plan de beneficios en un formato estandarizado.

- Blue Shield Trio and Access+ Health Maintenance Organization (HMO)
- Blue Shield Preferred Provider Organization (PPO) HDHP
- Kaiser Permanente Health Maintenance Organization (HMO)
- Cigna Dental PPO and DHMO

DECLARACIÓN DE LAS PRINCIPALES MODIFICACIONES

Esta guía de inscripción constituye un Resumen de las Principales Modificaciones (SMM) introducidas al plan médico de The Claremont Colleges. Su objetivo es complementar o reemplazar cierta información incluida en la SPD, así que consérvela para referencia futura junto con su SPD. Comparta esta información con sus familiares cubiertos.

EXIGENCIAS DE LA LEY DEL CUIDADO DE SALUD A BAJO PRECIO

La siguiente información explica cómo se determina su elegibilidad para la cobertura médica, de acuerdo con las reglas de la Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio (ACA).

Según la ACA, los empleadores deben suministrar información específica sobre beneficios al IRS respecto de los empleados de «tiempo completo», tal como se definen en la ACA. En general, un empleado de «tiempo completo» es un empleado que trabaja una media de 130 horas al mes. El estatus de tiempo completo de la ACA puede afectar o determinar la elegibilidad para beneficios médicos importantes, pero no es una garantía de elegibilidad. The Claremont Colleges utilizan el método de medición retrospectiva a fin de determinar la elegibilidad para el plan de salud grupal.

NUEVOS EMPLEADOS PARA TRABAJAR A TIEMPO COMPLETO: Si lo contratan como empleado de tiempo completo (trabaja en promedio 130 horas o más al mes), usted y sus dependientes son elegibles para la cobertura del plan médico grupal a partir del primer mes siguiente a la fecha de contratación.

NUEVOS EMPLEADOS CONTRATADOS PARA TRABAJAR A TIEMPO PARCIAL, CON HORARIO VARIABLE O DE TEMPORADA: Si lo contratan para un puesto de tiempo parcial, un puesto con horarios variables y The Claremont Colleges no pueden determinar, a partir de la fecha de su contratación, si será un empleado de tiempo completo o si lo contratarán como empleado de temporada para trabajar durante seis (6) meses consecutivos o menos (independientemente de las horas mensuales trabajadas), estará sujeto a un período de medición inicial (IMP) de. Su IMP comenzará el. Si, durante el IMP, alcanza un promedio de 130 horas o más al mes, pasará a ser de tiempo completo y, si es elegible para acceder a los beneficios, se le ofrecerá la cobertura. Su condición de tiempo completo tendrá vigencia durante un período de estabilidad asociado que durará. Si su empleo finaliza durante ese período de estabilidad y estaba inscrito en los beneficios, se le ofrecerá la cobertura prevista en la ley COBRA.

EMPLEADOS PERMANENTES: Un empleado permanente es una persona que ha estado empleada durante un período de medición estándar completo. Un período de medición estándar es el período durante el cual The Claremont Colleges cuentan las horas de los empleados para determinar quiénes trabajan a tiempo completo. Aquellos empleados que promedien 130 o más horas al mes durante el período de medición estándar se considerarán de tiempo completo y, si son elegibles para acceder a los beneficios, se les ofrecerá cobertura a partir del primer día del período de estabilidad asociado con el período de medición estándar. La condición de tiempo completo tendrá vigencia durante un período de estabilidad asociado que durará. Si su empleo finaliza durante un período de estabilidad y estaba inscrito en los beneficios, se le ofrecerá el mantenimiento de la cobertura que se prevé en la ley COBRA.

The Claremont Colleges utilizan el período de medición estándar y el ciclo anual del período de estabilidad asociado que se detallan a continuación:

PERÍODO DE MEDICIÓN - COMIENZA EL: 1 de noviembre - DURACIÓN: 12 meses. Tiempo para determinar si trabaja más de 130 horas por mes en promedio; se utiliza para definir si trabaja «a tiempo completo» o «a tiempo parcial» a fin de establecer la elegibilidad para la cobertura médica.

PERÍODO DE ESTABILIDAD - COMIENZA EL: 1 de enero - DURACIÓN: 12 meses. Tiempo durante el cual se lo considerará «a tiempo completo» o «a tiempo parcial» para determinar la elegibilidad para el plan médico, según las horas trabajadas durante el período de medición anterior.

NUEVAS OPCIONES DE COBERTURA MÉDICA DE INSURANCE MARKETPLACE Y SU COBERTURA MÉDICA

PARTE A: Información General

A fin de facilitarle la evaluación de las opciones para usted y su familia, este aviso brinda información básica sobre Marketplace y la cobertura médica relacionada con el empleo patrocinada por su empleador.

¿Qué es Health Insurance Marketplace?

El objetivo de Marketplace es ayudarlo a encontrar un seguro médico que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. Constituye una «ventanilla única» para encontrar y comparar opciones de seguros médicos privados. También puede ser elegible para un nuevo tipo de crédito fiscal que rebaja en el acto la prima que paga mensualmente.

Con Marketplace, ¿puedo ahorrar dinero sobre las primas de mi seguro médico?

Es posible que califique para ahorrar dinero y abaratar la prima mensual, pero solo si su empleador no ofrece cobertura u ofrece una cobertura que no cumple con ciertos estándares. Los ahorros sobre la prima que puede alcanzar dependen de los ingresos familiares.

¿La cobertura médica del empleador afecta la elegibilidad para obtener ahorros sobre primas a través de Marketplace?

Sí. Si su empleador le ofrece una cobertura médica que cumple con ciertos estándares, no será elegible para acceder a un crédito fiscal a través de Marketplace y es posible que prefiera inscribirse en el plan médico de su empleador. Pero puede ser elegible para un crédito fiscal que reduzca su prima mensual o acceder a una reducción por costos compartidos si su empleador no le ofrece ninguna cobertura o no le ofrece una cobertura que cumpla con ciertos estándares. Si el costo de un plan patrocinado por su empleador que lo cubriría a usted (y a ningún otro miembro de su familia) supera el 8.39% de los ingresos de su hogar para el año 2024 o si la cobertura que patrocina su empleador no cumple con el estándar de «valor mínimo» establecido por la Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio, usted puede ser elegible para que se le otorgue un crédito fiscal.¹

Nota: si se inscribe en un plan médico administrado por Marketplace en lugar de tomar la cobertura patrocinada por su empleador, puede perder el aporte que el empleador hace a la cobertura que éste ofrece (si corresponde). En general, este aporte del empleador y el aporte del empleado a la cobertura ofrecida por el empleador se excluyen de los ingresos a efectos del impuesto sobre la renta federal y estatal. Los pagos a la cobertura contratada a través de Marketplace son después de impuestos.

¿Cómo puedo obtener más información?

Para obtener más información sobre la cobertura ofrecida por su empleador, consulte la Descripción Resumida del Plan o comuníquese con el Administrador del Plan al 909-621-8151.

Marketplace puede ayudarlo a evaluar sus opciones de cobertura, incluida su elegibilidad para tomar cobertura a través Marketplace y su costo. Visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) para obtener más información. También encontrará una solicitud en línea para la cobertura del seguro médico e información de contacto de Health Insurance Marketplace en su área.

PARTE B - Información sobre la cobertura médica patrocinada por su empleador

Esta sección contiene información sobre la cobertura médica patrocinada por su empleador. Si decide completar una solicitud de cobertura en Marketplace, se le pedirá que suministre estos datos, que están numerados en correspondencia con la solicitud de Marketplace.

3. Nombre del empleador: The Claremont Colleges		4. Número de identificación del empleador (EIN): 95-4786748
5. Domicilio del empleador: 101 South Mills Avenue		6. Número de teléfono del empleador: (909) 621-8151
7. Ciudad: Claremont	8. Estado: CA	9. Código postal: 91711
10. Contacto acerca de la cobertura médica para empleados en este puesto: Kelli Sarslow		
11. Número de teléfono (si es distinto del anterior):		12. Dirección de correo electrónico: benefits@claremont.edu

Aquí, encontrará información básica sobre la cobertura médica que ofrece este empleador:

• Como su empleador, ofrecemos un plan médico para:

- ☐ Algunos empleados. Empleados elegibles: las personas que regularmente tienen programado trabajar al menos 20 horas por semana pueden participar en el plan desde el primer día del mes siguiente a la fecha de contratación.

Respecto de los dependientes:

- ☐ Ofrecemos cobertura. Los dependientes elegibles incluyen: cónyuge, pareja de hecho e hijos dependientes de un empleado que sean hijos naturales, hijastros, niños adoptados legalmente (o colocados en adopción), hijos discapacitados e hijos que están bajo la tutoría legal del empleado.

** Aún si su empleador tiene una cobertura asequible, puede obtener un descuento sobre la prima a través de Marketplace. Marketplace tomará en cuenta los ingresos de su hogar y otros factores para determinar si puede acceder a un descuento sobre la prima. Si, por ejemplo, sus salarios varían de una semana a otra (porque es un empleado por horas o trabaja a comisión), si ingresa a mitad de año o si tiene otras mermas de ingresos, puede calificar para acceder a un descuento sobre la prima.

Si decide tomar la cobertura de Marketplace, HealthCare.gov lo guiará en todo el proceso. Estos son los datos del empleador que ingresará cuando visite HealthCare.gov para saber si puede obtener un crédito fiscal para bajar el costo de sus primas mensuales.

Notificación de la Parte D de Medicare

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

Lea este aviso detenidamente y guárdelo donde pueda tenerlo a mano. Este aviso contiene información sobre la cobertura actual de medicamentos recetados que brindan The Claremont Colleges y sobre las opciones de cobertura de medicamentos recetados previstas por Medicare. Esta información puede ayudarlo a decidir si desea inscribirse o no en un plan de medicamentos de Medicare. Si está considerando inscribirse, debe comparar su cobertura actual -incluidos los medicamentos cubiertos y a qué costo- con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen beneficios de medicamentos recetados de Medicare en su área. La información sobre la manera de obtener ayuda para tomar decisiones sobre la cobertura de medicamentos recetados se encuentra al final de este aviso.

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

1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare está disponible desde 2006 para todos los inscriptos en Medicare. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare o en un plan Medicare Advantage (como una HMO o PPO) que cubre los medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare brindan -al menos- un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer una cobertura más amplia por el pago de una prima mensual más alta.
2. The Claremont Colleges determinaron que la cobertura de medicamentos recetados que ofrecen los planes de Kaiser Permanente, HMO de Blue Shield y HDHP de Blue Shield -en términos generales y para todos los inscriptos- pague lo mismo que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare y, por lo tanto, se la considera Cobertura Acreditable. Debido a que su cobertura actual es una cobertura acreditable, puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (recargo) si luego decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

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

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

Sin embargo, si pierde la cobertura acreditable de medicamentos recetados actual por causas ajenas a usted, también será elegible durante un período de inscripción especial (SEP) de dos (2) meses que le permitirá incorporarse a un plan de medicamentos de Medicare.

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

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

Dado que la cobertura de medicamentos recetados de los planes de Kaiser Permanente, HMO de Blue Shield y HDHP de Blue Shield es acreditable (por ejemplo, al mismo nivel que la cobertura de Medicare), puede conservar su actual cobertura de medicamentos recetados y optar por no inscribirse en un plan de la Parte D; o puede inscribirse en un plan de la Parte D como complemento o en lugar de la cobertura de medicamentos recetados que tiene en este momento.

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y cancelar su cobertura de medicamentos recetados de The Claremont Colleges, tenga en cuenta que usted y sus dependientes solo pueden recuperar esta cobertura al momento de la Inscripción Abierta o si experimenta un evento que da lugar a una derecho de inscripción especial previsto en la HIPAA.

¿Cuándo pagará una prima más alta (recargo) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare? También debe saber que si cancela o pierde su cobertura actual de The Claremont Colleges y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días continuos posteriores a la finalización de su cobertura actual, podría tener que pagar una prima más alta (recargo) para inscribirse más tarde en un plan de medicamentos de Medicare.

Si transcurren 63 días continuos o más sin cobertura acreditable de medicamentos recetados, su prima mensual puede aumentar al menos en un 1% mensual sobre la prima del beneficiario base de Medicare por cada mes sin esa cobertura. Por ejemplo, si transcurren diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima puede ser al menos un 19% más alta que la prima del beneficiario base de Medicare. Es posible que deba pagar esta prima más alta (recargo) mientras tenga la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que deba esperar hasta el próximo mes de octubre para inscribirse.

Para obtener más información sobre este aviso o su cobertura actual de medicamentos recetados... Comuníquese con la persona que se indica seguidamente para obtener más información. NOTA: recibirá este aviso todos los años. También se le enviará antes del próximo período en el que pueda inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y si The Claremont Colleges modifican la cobertura. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

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

Encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados en el manual «Medicare & You» (Medicare y usted). Medicare le enviará por correo una copia del manual todos los años. También es posible que los planes de medicamentos de Medicare se comuniquen con usted directamente.

Consulte más información sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare en el sitio web:

- Visite medicare.gov.
- Llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte el número de teléfono en la contraportada interior del manual «Medicare & You» [Medicare y usted]) para obtener ayuda personalizada.
- Llame al 800-MEDICARE (800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 877-486-2048.

Si tiene ingresos y recursos limitados, podemos brindarle ayuda complementaria para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener información sobre este tema, visite el sitio web del Seguro Social en socialsecurity.gov o llame al 800-772-1213 (TTY 800-325-0778).

Recuerde: Conserve este aviso de cobertura acreditable. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que deba proporcionar una copia de este aviso para demostrar si ha mantenido o no una cobertura acreditable y, por lo tanto, si debe pagar una prima más alta (recargo).

Fecha:	1 de enero de 2026
Nombre de la entidad/remitente:	The Claremont Colleges
Posición del contacto/Oficina:	Administración de Beneficios de TCCS
Domicilio:	101 S. Mills Avenue Claremont, CA 91711
Número de teléfono:	909-621-8151

Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer

Si se ha sometido o va a someterse a una mastectomía, es posible que tenga derecho a ciertos beneficios en virtud de la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer de 1998 (WHCRA). Para las personas que reciben beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se proporcionará de la manera que se determine en consulta con el médico tratante y la paciente, para:

- Todas las etapas de reconstrucción mamaria de la mama en que se realizó la mastectomía.
- Cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica.
- Prótesis; y
- Tratamiento de las complicaciones físicas como consecuencia de la mastectomía, incluido el linfedema.

Estos beneficios se proporcionan sujetos a los mismos deducibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos previstos en este plan. Por lo tanto, se aplican los siguientes deducibles o coseguros: HMO de Blue Shield \$750/\$1,500, coseguro de 20% - HMO de Kaiser: ninguno - Blue Shield PPO HDHP: \$2,000/\$3,200/\$4,000, 20% de coseguro. Si desea más información sobre los beneficios de la WHCRA, llame al administrador de su plan al 909-621-8151.

Ley de Protección de la Salud de los Recién Nacidos y las Madres

En general, los planes de salud grupales y los suscriptores de seguros de salud no pueden, según la ley federal, restringir los beneficios de estadía en el hospital en relación con el parto para la madre o para el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal o menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe al proveedor que atiende a la madre o al recién nacido, después de consultar con la madre, dar de alta a la madre o al recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). Ni los planes ni las aseguradoras pueden, según la ley federal, exigir que un proveedor gestione la autorización del plan o del emisor del seguro para prescribir una estadía que no exceda de las 48 horas (o 96 horas). Si desea obtener más información sobre los beneficios de maternidad, llame al Administrador del Plan al teléfono 909-621-8151.

Disponibilidad del Aviso de Prácticas de Privacidad

En The Claremont Colleges, adherimos al Aviso de Prácticas de Privacidad de la HIPAA, que describe cómo se puede usar y divulgar la información de salud sobre su persona. Para solicitar una copia de este Aviso, póngase en contacto con el Administrador del Plan.

Aviso sobre Derechos de Inscripción Especial según la HIPAA

Si rechaza la inscripción en el plan médico de The Claremont Colleges para usted o para un dependiente elegible (incluido su cónyuge) porque está vigente otro seguro médico o la cobertura de un plan de salud grupal, pueden inscribirse en algunas coberturas de estos planes sin esperar al próximo período de inscripción abierta si usted:

- Pierde la cobertura del otro seguro médico o del plan de salud grupal. Debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores a la pérdida de la otra cobertura.
- Tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o asignación en adopción. Debe solicitar que el plan de salud inscriba el matrimonio, nacimiento, adopción o asignación en adopción dentro de los 31 días después del evento.
- Pierde la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro de Salud para Menores (CHIP) porque ya no es elegible. Debe solicitar la inscripción en el plan médico dentro de los 60 días posteriores a la pérdida de la otra cobertura.

Si solicita un cambio debido a un evento de inscripción especial dentro del plazo de 30 días, la cobertura entrará en vigencia en la fecha de nacimiento, adopción o colocación en adopción. Para todos los demás eventos, la cobertura entrará en vigencia el primer día del mes siguiente a la solicitud de inscripción. Además, puede inscribirse en el plan de salud de The Claremont Colleges si es elegible para un programa estatal de asistencia para el pago de las primas de Medicaid o CHIP. Debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a acceder a la elegibilidad para la cobertura del plan médico. Si solicita este cambio, la cobertura entrará en vigencia el primer día del mes siguiente a la solicitud de inscripción. Se pueden aplicar restricciones específicas, conforme a lo dispuesto por las leyes federales y estatales.

Nota: si su dependiente accede a la elegibilidad para un derecho de inscripción especial, puede agregarlo a su cobertura actual u optar por otro plan médico.

Aviso sobre Elección de Proveedores

En general, Kaiser Permanente y la HMO de Blue Shield requieren que se designe un proveedor de atención primaria. 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 sus familiares. Hasta que haga esta designación, Kaiser o Blue Shield pueden designarle el proveedor. Para obtener información sobre la manera de seleccionar un proveedor de atención primaria y acceder a una lista de los proveedores participantes, comuníquese con Kaiser (www.kp.org) o Blue Shield (www.BlueShield.com/ca).

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

No necesita autorización previa de Kaiser, de Blue Shield ni de ninguna otra persona (incluido un proveedor de atención primaria) para acceder a atención obstétrica o ginecológica de parte de un profesional de atención médica de nuestra red que se especialice en obstetricia o ginecología. Sin embargo, se le puede exigir al profesional de la salud que cumpla con ciertos procedimientos; por ejemplo, obtener autorización previa para algunos servicios, ajustarse a un plan de tratamiento preaprobado o respetar determinados esquemas para hacer derivaciones. Para conocer la lista de los profesionales sanitarios participantes que se especializan en obstetricia o ginecología, comuníquese con Kaiser (www.kp.org) o Blue Shield (www.BlueShield.com/ca).

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

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

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

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

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

Si usted vive en uno de los siguientes estados, tal vez sea elegible para asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente es una lista de estados actualizada el 31 de julio de 2025. 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: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx
ARKANSAS – Medicaid
Sitio web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)
CALIFORNIA – Medicaid
Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Sitio web: 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://hcpf.colorado.gov/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.mycohibi.com/ Atención al cliente de HIBI: 1-855-692-6442
DAKOTA DEL NORTE – Medicaid
Sitio web: http://www.hhs.nd.gov/healthcare 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
Programa de pago de primas de seguro de salud Todos los demás son Medicaid Sitio web: https://www.in.gov/medicaid/ https://www.in.gov/fssa/dfr Administración de familias y servicios sociales Teléfono: 1-800-403-0864 Teléfono de servicios para miembros: 1-800-457-4584
IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)
Sitio web de Medicaid: https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366 Sitio web de Hawki: https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/iowa-health-link/hawki Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563 Sitio web de HIPP: https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/fee-service/hipp Teléfono de HIPAA: 1-888-346-9562
KANSAS – Medicaid
Sitio web: https://www.kancare.ks.gov/ Teléfono: 1-800-792-4884 Teléfono de HIPP: 1-800-967-4660
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: KIHIPPI.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/agencies/dms
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: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US 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: 711 Por correo electrónico: masspremassistance@accenture.com
MINNESOTA – Medicaid
Sitio web: https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/ Teléfono: 1-800-657-3672
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 Por correo electrónico: 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. 15218 Por correo electrónico: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov
NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP
Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Teléfono: 800-356-1561 Teléfono de asistencia de prima de CHIP: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710 TTY 711
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 y CHIP
Sitio web: https://cuidadodesalud.oregon.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-800-699-9075
PENSILVANIA – Medicaid
Sitio web: https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html Teléfono: 1-800-692-7462 Sitio web de CHIP: https://www.pa.gov/en/agencies/dhs/resources/chip.html Teléfono de CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)
RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP
Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 1-855-697-4347 o 401-462-0311 (Direct Rlte Share Line)

TEXAS – Medicaid
Sitio web: https://www.hhs.texas.gov/es/servicios/asistencia-financiera/programa-de-pago-de-las-primas-del-seguro-medico Teléfono: 1-800-440-0493
UTAH – Medicaid y CHIP
Utah’s Premium Partnership for Health Insurance (UPP) Sitio web: https://medicaid.utah.gov/upp/ Por correo electrónico: upp@utah.gov Teléfono: 1-888-222-2542 Sitio web de expansión para adultos: https://medicaid.utah.gov/expansion/ Sitio web de Programa de compra de Medicaid de Utah: https://medicaid.utah.gov/buyout-program/ Sitio web de CHIP: https://chip.utah.gov/espanol/
VERMONT– Medicaid
Sitio web: https://dvha.vermont.gov/members/Medicaid/hipp-program Teléfono: 1-800-250-8427
VIRGINIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select o https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs Teléfono de Medicaid/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 de CHIP: 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 2025, 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
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. 61565

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites

Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Ley Pública 104-13) (PRA, por sus siglas en inglés), no es obligatorio que ninguna persona responda a una recopilación de información, a menos que dicha recopilación tenga un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El Departamento advierte que una agencia federal no puede llevar a cabo ni patrocinar una recopilación de información, a menos que la OMB la apruebe en virtud de la ley PRA y esta tenga un número de control actualmente válido de la oficina mencionada. El público no tiene la obligación de responder a una recopilación de información, a menos que esta tenga un número de control actualmente válido de la OMB. Consulte la Sección 3507 del Título 44 del Código de Estados Unidos (USC). Además, sin perjuicio de ninguna otra disposición legal, ninguna persona quedará sujeta a sanciones por no cumplir con una recopilación de información, si dicha recopilación no tiene un número de control actualmente válido de la OMB. Consulte la Sección 3512 del Título 44 del Código de Estados Unidos (USC).

Se estima que el tiempo necesario para realizar esta recopilación de información es, en promedio, de aproximadamente siete minutos por persona. Se anima a los interesados a que envíen sus comentarios con respecto al tiempo estimado o a cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, como sugerencias para reducir este tiempo, a la dependencia correspondiente del Ministerio de Trabajo de EE. UU., a la siguiente dirección: U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, Office of Policy and Research, Attention: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210. También pueden enviar un correo electrónico a ebsa.opr@dol.gov y hacer referencia al número de control de la OMB 1210-0137.

Notas

THE
CLAREMONT
COLLEGES

