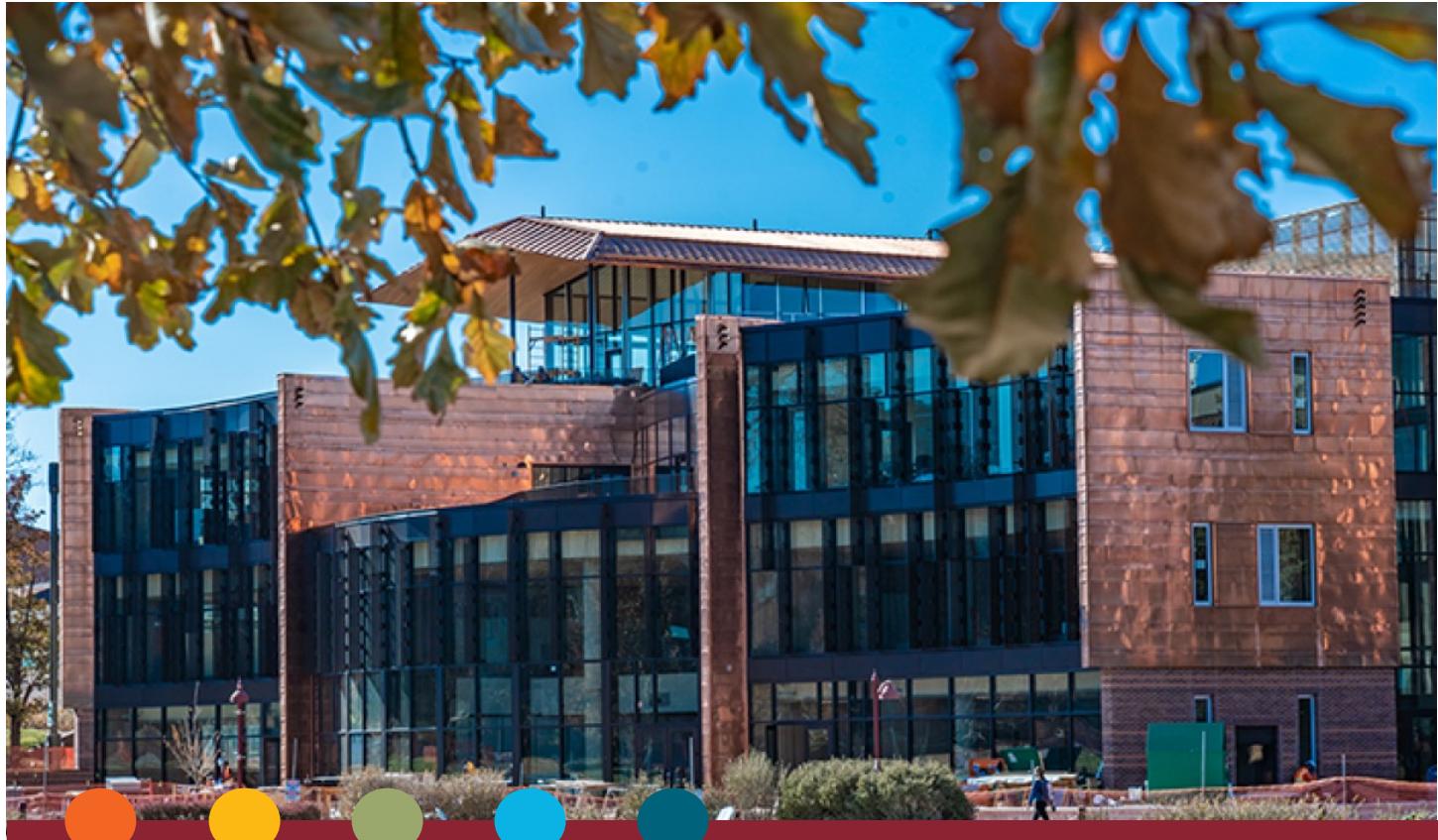




UNIVERSITY *of*
DENVER



Beneficios para el empleado

1 de julio, 2021 al 30 de junio, 2022



Descripción general de los beneficios

La Universidad de Denver se enorgullece de ofrecer un completo paquete de beneficios para empleados con un cargo por nombramiento de al menos medio tiempo (20 horas a la semana). Muchos de los planes también ofrecen cobertura para sus dependientes elegibles.

Este folleto resume brevemente el paquete de beneficios. Para ver los documentos del plan con información más detallada sobre cada uno de estos programas, visite www.du.edu/humanresources/benefits.

CONTENIDO

Descripción general de los beneficios.....	2
Información de la nómina y tiempo libre	3
Novedades	4
Opciones de planes médicos y opciones de atención	5
Opciones de planes dentales	15
Opciones de planes oftalmológicos	16
Contribuciones del empleado	17
Cuenta de ahorro para gastos médicos (HSA).....	18
Cuentas de gastos flexibles (FSA)	19
Comparación entre HSA y FSA	20
Seguro de vida y discapacidad	21
Seguro voluntario de vida y AD&D	22
Voluntario de cuidado a largo plazo	22
Voluntario de accidente y enfermedad grave	23
Jubilación 403(b).....	24
Apoyo de cuidado infantil y apoyo familiar.....	26
Programa de asistencia para empleados.....	27
Exención de matrícula	28
Beneficios adicionales.....	29
Avisos legales.....	30
Información de contacto.....	39

Elegibilidad

Usted y sus dependientes pueden optar a los planes de beneficios de la Universidad de Denver desde el primer día del mes posterior a su fecha de contratación en un cargo por nombramiento. Si su fecha de contratación es el primer día del mes, sus beneficios pueden comenzar el mismo día de su contratación o el primer día del mes siguiente.

Los dependientes elegibles incluyen:

- Su cónyuge legal, incluida la unión de derecho consuetudinario y civil, y pareja de hecho (del mismo sexo o del sexo opuesto).
- Hijos menores de 26 años. Los hijos incluyen hijos naturales o adoptados legalmente, hijos de su pareja de hecho o cualquier persona menor de 26 años que esté bajo su tutela legal.
- Su hijo, que cumpla con la definición anterior de hijo, que tenga 26 años o más y que esté incapacitado mental o físicamente para trabajar y dependa de usted principalmente.

Las elecciones que realice ahora permanecerán en vigencia hasta la apertura de la próxima inscripción, a menos que usted o un miembro de su familia experimenten un evento calificativo. Si experimenta un evento calificativo, debe comunicarse con el Centro de Servicios Compartidos (Shared Services) antes de que transcurran 30 días.

Eventos calificativos

Es posible hacer un cambio en su cobertura durante el año del plan si se produce un cambio calificativo en su familia o situación laboral. Puede modificar su elección de cobertura después de que suceda uno de los eventos calificativos señalados a continuación, siempre y cuando usted solicite el cambio de cobertura en un plazo de 30 días desde la fecha del evento calificativo:

- Matrimonio, divorcio o separación legal
- Nacimiento o adopción de un hijo
- Muerte de su cónyuge o dependiente cubierto
- El dependiente cubierto ya no califica como dependiente elegible
- Orden de Manutención Infantil Médica Calificada
- Cambios significativos en los costos o la cobertura

Para obtener una lista completa de los cambios de estado calificados, comuníquese con el Centro de Servicios Compartidos al 303-871-7420 o a benefits@du.edu. Los cambios en sus beneficios deben realizarse dentro de los 30 días de ocurrido el evento y deben ser coherentes con su cambio de estado.



Información de nómina

Empleados exentos (exentos de tiempo extra)

- Nómina mensual: Todas las primas se deducen de cada pago el primer día de cada mes para la cobertura de ese mes.

Empleados no exentos (elegibles para horas extra)

- Nómina quincenal: Las primas de seguro médico se deducen del primer y segundo pago de cada mes para pagar la cobertura de ese mes. Todas las demás deducciones de beneficios se descuentan del primer pago del mes.

Licencias no remuneradas y otro tiempo no pagado

Las primas para la cobertura voluntaria normalmente se descuentan de su pago de nómina, como ya se describió. Si usted se encuentra con licencia no remunerada que da lugar a que no se deduzcan sus primas a su pago pero desea continuar con la cobertura, usted es responsable realizar el pago de esas primas con un cheque personal al Centro de Servicios Compartidos. Para obtener más información, comuníquese con el Centro de Servicios Compartidos llamando al 303-871-7420 o enviando un mensaje a benefits@du.edu.

Las primas del profesorado y otros empleados que trabajan de acuerdo al año académico u otro contrato anual, se descuentan de la nómina como ya se describió, durante los meses en que reciben pagos de nómina. Durante los meses de verano en que no recibe pagos, las primas mensuales se descuentan del primer pago recibido en otoño.

Festivos, vacaciones, licencia por enfermedad y permisos

Días festivos remunerados

La Universidad proporciona varios festivos remunerados: Año nuevo, Día de Martin Luther King, Jr., Día de la Recordación, Juneteenth (Día de la Emancipación de los Esclavos, 19 de junio), Día de la Independencia, Día del Trabajo, Día de Acción de Gracias, Feriado de Acción de Gracias, Vacaciones de invierno (los últimos 5 días hábiles del año calendario).

Vacaciones y licencia por enfermedad remuneradas

Los empleados con nombramiento que no son miembros del profesorado reciben Tiempo libre remunerado (PTO) acumulado. Para obtener más detalles, comuníquese con Servicios Compartidos al 303-871-7420 o envíe un mensaje a benefits@du.edu. Si es un empleado sindicalizado, consulte el contrato del sindicato.

Licencia por maternidad o paternidad remunerada

La Universidad ofrece un período académico de licencia por maternidad o paternidad remunerada a miembros de la facultad y 10 semanas de licencia por maternidad o paternidad remunerada al personal. La licencia por maternidad o paternidad del personal se remunera en un porcentaje de su salario según la cantidad de años de servicio. Esto permite que una madre o padre tome tiempo libre para el nacimiento, adopción o recepción de un menor en custodia. Para obtener detalles, comuníquese con Servicios Compartidos al 303-871-7420 o visite <https://www.du.edu/human-resources/hrpartners/leaves.html>. Siempre que sea posible, los profesores y miembros del personal que deseen pedir una licencia deben informar a su rector, presidente, supervisor o jefe de departamento al menos tres meses antes del comienzo de la licencia propuesta. Si no es posible debido a un parto prematuro, disponibilidad repentina de la adopción u otras circunstancias impredecibles en la situación familiar, la licencia puede otorgarse de todos modos.

Otros tipos de licencia

Las políticas de la Universidad contemplan otros tipos de licencias, como por ejemplo, por duelo, para servicio de jurado, año sabático, servicio militar, etc. Para obtener información adicional, comuníquese con el Centro de Servicios Compartidos al 303-871-7420 o en benefits@du.edu.

Novedades

A partir del 1 de julio de 2021, realizaremos la transición de los beneficios médicos de Kaiser a Cigna. Entendemos que su salud y la de su familia son su principal prioridad. En la Universidad, compartimos esa prioridad y por ello, nos esforzamos por ofrecerle los mejores planes de beneficios médicos para empleados en el mercado.

Para facilitar la transición a Cigna, a continuación le indicamos algunos trámites que debe realizar antes del 1/7/2021:

- Solicitar la Transición de la atención, si actualmente recibe tratamiento continuo para una condición grave de un proveedor que no participará en su nueva red de Cigna. Para obtener más detalles, consulte la página 9.
- Solicitar un reabastecimiento para 60-90 días de sus medicamentos con receta de consumo diario/mantenimiento.
- Si necesita autorización previa para adquirir sus medicamentos, deberá compartir documentación de respaldo con su nuevo proveedor en la red de Cigna.
- Se abonarán los montos de deducible y desembolso incurridos entre el 1/1/2021 y el 30/6/2021. Esto puede demorar algunos meses, pero usted puede acelerar el proceso al enviar su última Explicación de beneficios (EOB).
- Para obtener ayuda, comuníquese con su servicio de conserjería One Guide; además, puede encontrar detalles sobre estos programas en las páginas 8 y 9.



Además, la Universidad está mejorando numerosos otros beneficios para proporcionar a usted y a su familia con la protección financiera adicional que puede necesitar en caso de gastos inesperados.

- Seguro básico de vida básico y por muerte accidental y desmembramiento (AD&D): aumento del monto del beneficio de 1 vez el salario a \$50,000 a 1 vez el salario a \$100,000. Actualmente, la cobertura de AD&D asciende a solo \$10,000.
- Seguro de vida voluntario: el monto de emisión garantizada para empleados aumentará de \$100,000 a 5 veces el salario o \$200,000, el que sea menor. Los montos actuales se transferirán y usted puede elegir hasta el monto de emisión garantizada sin evidencia de asegurabilidad.
- Discapacidad de corto plazo: el monto máximo del beneficio aumentó de \$600 por semana a \$1,500 por semana.
- Discapacidad de largo plazo: el monto máximo del beneficio aumentó de \$10,000 por mes a \$12,500 por mes.
- Nuevas ofertas de beneficios: Seguro voluntario de accidente y Seguro voluntario de enfermedad grave.



Inscripciones abiertas para 2021
Del 10 al 28 de mayo



Opciones de planes médicos

Contar con una cobertura de atención médica preventiva e integral es importante para protegerse de los riesgos financieros que pueden causar las enfermedades o lesiones inesperadas. Los exámenes de rutina y la atención preventiva regular le permiten controlar su salud a un costo muy bajo. Los problemas pequeños pueden llegar a significar gastos enormes, pero si los detecta de manera temprana, a menudo puede recibir tratamiento a un costo mínimo para usted. La atención médica integral también brinda tranquilidad. En caso de sufrir una enfermedad o una lesión, usted y su familia cuentan con cobertura de los excelentes beneficios médicos que ofrecen los programas de Cigna a la Universidad de Denver. Usted podrá acceder a beneficios de proveedores y centros de atención médica dentro de la red. La Universidad de Denver le ofrece 2 tipos de planes a través de Cigna: 1 Plan de copagos y 1 Plan de salud con deducible alto (HDHP).

¿Qué plan le conviene más?

El Plan de copagos:

- Establece copagos para servicios menos costosos y más utilizados, así como un deducible y coseguro para servicios más costosos y menos utilizados.
- Los copagos no se aplican a su deducible, pero sí a su monto máximo de desembolso anual.
 - Despues de alcanzar su deducible, el plan divide los servicios de costo más alto con usted (el plan paga el 80% y usted paga el 20%) hasta el monto máximo de desembolso.
 - Si usted alcanza el monto máximo de desembolso, todos los servicios se solventan en un 100% por el resto del año.

El Plan de salud con deducible alto (HDHP):

- Plan con beneficios tributarios para una Cuenta de ahorro para gastos médicos (HSA). Con una cuenta HSA, puede destinar fondos antes de impuestos a una cuenta que se utilice para gastos médicos calificados. Para obtener más información sobre cómo funciona una cuenta HSA, consulte la sección HSA de este folleto desde la página 18.
- Usted paga el costo completo negociado por Cigna para servicios médicos y medicamentos recetados hasta alcanzar su deducible anual (con la excepción de la atención preventiva, que cuenta con un 100% de cobertura).
- No existen copagos, a excepción de los medicamentos recetados (despues de alcanzar su deducible).
- Despues de alcanzar el deducible, usted y el plan comparten los costos (el plan paga 80% y usted paga 20%) hasta alcanzar su monto máximo de desembolso.
- Si usted alcanza el monto máximo de desembolso, todos los servicios se solventan en un 100% por el resto del año.

Ambos planes:

- Usan la misma red, médicos y hospitales de Cigna.
- Cubren el 100% del costo de servicios de atención preventiva, como exámenes físicos anuales y administración de vacunas de rutina.



Redes de proveedores del plan médico

Red de proveedores Local Plus

Si usted vive en un área a la que presta servicio Local Plus, podrá acceder a la red de proveedores Local Plus de Cigna. La red Local Plus está diseñada para mejorar la calidad de la atención que usted recibe de todos sus proveedores médicos. Local Plus tiene por fin ofrecer atención de calidad asequible a las familias ocupadas que se desplazan con frecuencia.

La mayor cantidad de proveedores le permite elegir y usar más fácilmente servicios de atención de calidad. La red de proveedores Local Plus incluye aproximadamente 5.000 médicos de atención primaria y más de 14.000 especialistas solo en el área metropolitana de Denver.

Mientras viaja, o para dependientes que viven lejos de casa y fuera del área de cobertura de la red Local Plus, usted tendrá acceso total a proveedores disponibles a través de la red Away From Home Care. Esta característica permite ofrecer cobertura al mismo costo dentro de la red que debería pagar si estuviera en casa.

Para averiguar si su médico es un proveedor participante en la red Local Plus, visite el sitio web de Cigna: www.cigna.com.

- La red Local Plus está disponible en los siguientes Condados de Colorado*: Adams, Arapahoe, Boulder, Broomfield, Denver, Douglas, El Paso, Eagle, Jefferson, La Plata, Larimer, Mesa, Montezuma, Routt, Summit, Weld
- La red Local Plus incluye los siguientes grupos de proveedores importantes*: Boulder Medical Center, Boulder Valley Care Network, Colorado Care Partners, Colorado Health Neighborhoods**, New West Physicians, Optum Medical Group, PHP Prime, Primary Care Partners, UCHealth Integrated Network
- La red Local Plus incluye los siguientes Hospitales* y Sistemas hospitalarios importantes:
 - Front Range: Boulder Community Health, Centura Health***, Children's Hospital Colorado, Craig Hospital, Denver Health Medical Center, HealthONE, National Jewish Health, SCL Health System, UCHealth
 - Montañas (condados de Eagle, Routt y Summit): Centura Health St. Anthony Summit Medical Center, Vail Valley Medical Center
 - Oeste (condados de La Plata, Mesa y Montezuma): Animas Surgical Hospital, Centura Health Mercy Regional Medical Center, Southwest Memorial Hospital, St. Mary's Medical Center

Este listado no está completo. Para obtener un listado completo, comuníquese con su representante de Cigna o visite Cigna.com.

* Este listado no está completo. Para obtener un listado completo, comuníquese con su representante de Cigna o visite Cigna.com.

** Consultas Colorado Health Neighborhood solo en el área metropolitana de Denver y en los condados de Boulder.

*** No incluye a Penrose Hospital ni a St. Francis Medical Center.

Red de proveedores Open Access Plus (OAP)

Si usted no vive o trabaja dentro del área de servicio de Local Plus, puede acceder a la red de proveedores Open Access Plus de Cigna. La red OAP incluye a médicos participantes de todo el país. Para averiguar si su médico es un proveedor participante en la red, visite el sitio web de Cigna: www.cigna.com.

Resumen de beneficios cubiertos	Beneficios de Plan de Copago dentro de la red	Beneficios de Plan HDHP dentro de la red
Deducible por año calendario* (individual/familiar)	\$0/\$0	\$1,500 / \$3,000***
Desembolso máximo por año calendario (individual/familiar)*	\$2,000 / \$4,500**	\$3,000 / \$6,000**
CONSULTA MÉDICA		
Atención virtual	Copago de \$25	20% después de deduc.
Atención primaria	Copago de \$25	20% después de deduc.
Especialista	Copago de \$40	20% después de deduc.
Atención preventiva	Cobertura de 100%	Cobertura de 100%
LABORATORIO/RADIOGRAFÍA		
Laboratorio y radiografías	Según la ubicación del servicio	20% después de deduc.
Diagnóstico por imágenes avanzado (IRM, TC/TEP)	Copago de \$100	20% después de deduc.
SERVICIOS HOSPITALARIOS		
Sala de emergencia	20% después de deduc.	20% después de deduc.
Atención de urgencia	Copago de \$50	20% después de deduc.
Hospitalización	20% después de deduc.	20% después de deduc.
Cirugía ambulatoria	20% después de deduc.	20% después de deduc.
Atención quiropráctica (80 días calendario en combinación con terapia cognitiva, ocupacional, física, pulmonar y del lenguaje)	Copago de \$25	20% después de deduc.
MEDICAMENTOS RECETADOS		
Minorista - Para 30 días		Deducible por el plan, entonces, Copago de \$15 Copago de \$30 Copago de \$60 20 % hasta \$75
Nivel 1 Nivel 2 Nivel 3 Especialidad	Copago de \$15 Copago de \$30 Copago de \$60 20 % hasta \$75	Copago de \$15 Copago de \$30 Copago de \$60 20 % hasta \$75
Minorista - Para 90 días		Deducible por el plan, entonces, Copago de \$30 Copago de \$60 Copago de \$120
Nivel 1 Nivel 2 Nivel 3	Copago de \$30 Copago de \$60 Copago de \$120	Copago de \$30 Copago de \$60 Copago de \$120
*Los deducibles y los montos máximos de desembolso se reinician cada año calendario.		
**Importante: si tiene otros miembros de la familia registrados en el plan, cada miembro debe alcanzar su propio monto de deducible/máximo de desembolso individual hasta que el monto total de los gastos pagados por todos los miembros de la familia alcancen el monto familiar total.		
***Importante: todos los miembros de la familia contribuyen al deducible familiar. Una persona no puede recibir cobertura de reembolsos en virtud del coseguro del plan sino hasta alcanzar el deducible familiar total.		



Transición y continuidad de la atención

¿En qué consiste la Transición de la atención?

Con la Transición de la atención, usted puede seguir recibiendo servicios para condiciones médicas y conductuales especificadas de proveedores médicos que no participan en la red de Cigna con niveles de cobertura dentro de la red. Estos servicios de atención son por un período definido hasta que sea posible coordinar la transferencia segura de la atención a un proveedor o centro dentro de la red. Debe solicitar la Transición de la atención en el momento de inscribirse o cuando se produzca un cambio en su plan médico. **Debe presentar esta solicitud en un plazo no mayor de 30 días después de la fecha de entrada en vigencia de su cobertura.**

¿En qué consiste la Continuidad de la atención?

Con la Continuidad de la atención, usted puede recibir servicios con niveles de cobertura dentro de la red para condiciones médicas y conductuales especificadas cuando su proveedor de médico abandona la red de su plan y la transferencia inmediata de su atención a otro proveedor médico se considera inadecuada o insegura. Estos servicios de atención son por un período definido. **Debe presentar la solicitud de Continuidad de la atención en un plazo de 30 días desde la fecha de terminación de su proveedor médico.** Esta es la fecha en que él o ella abandonan la red de su plan.

¿Cómo funcionan ambas?

Ya debe estar recibiendo tratamiento para la condición identificada en el formulario de solicitud de Transición de la atención/Continuidad de la atención.

Si la solicitud es aprobada para condiciones médicas o conductuales:

- Usted recibirá el nivel de cobertura dentro de la red para el tratamiento de la condición específica por parte del proveedor médico durante un período definido, según lo decida Cigna.
- La Transición de la atención/Continuidad de la atención se aplican solo al tratamiento de la condición médica o conductual especificada por parte del proveedor médico identificado en el formulario de solicitud. Un proveedor de salud de la red debe hacerse cargo de todas las demás condiciones para que usted reciba cobertura dentro de la red.

La disponibilidad de Transición de la atención/Continuidad de la atención:

- No garantiza que un tratamiento sea médicalemente necesario.
- No constituye una certificación previa de los servicios que se prestarán.
- Dependiendo de la solicitud actual, igual se puede exigir una determinación de la necesidad médica y una certificación previa formal para que un servicio reciba cobertura.

Para llenar el formulario de Transición/Continuidad de la atención, llame al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación.

Cigna One Guide®

Familiarizarse con los pormenores de la atención médica puede ser una tarea compleja. Con Cigna One Guide®, los empleados pueden recibir asistencia para ello. One Guide combina tecnología inteligente con apoyo humano empático para ayudar a los empleados a asumir un rol activo en el cuidado de su salud y aprovechar al máximo su plan de salud.

Es personal, proactiva y predictiva.

One Guide aprovecha los potentes análisis de datos que su equipo One Guide utilizará para todo, desde su condición de salud hasta sus preferencias de comunicación. Como resultado, One Guide puede prever las necesidades de los empleados y recomendar en forma proactiva los programas y recursos más relevantes para ellos, como por ejemplo, incentivos y oportunidades de formación.

Es eficaz. La solución One Guide genera resultados, como:



La tecnología potencia la experiencia.

De fácil navegación. Fácil de usar. Facilita la administración de beneficios.

Oportunidades personalizadas

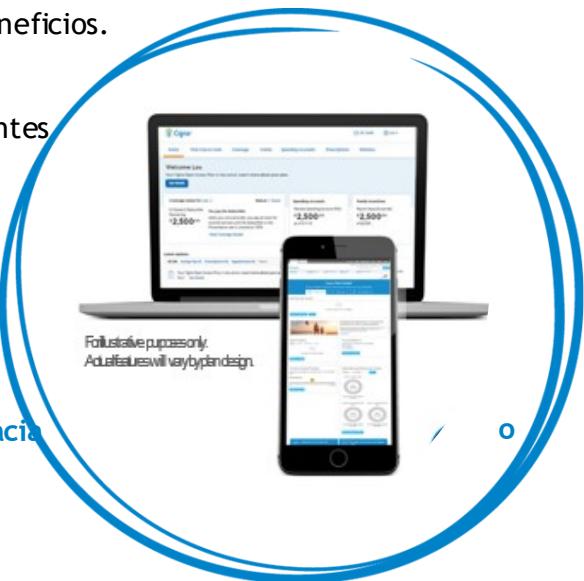
- Acceso inmediato a la información que más valoran los clientes
- Contenido dinámico basado en los planes de cada cliente
- El contenido se muestra según la prioridad y con base en análisis extensivos de los usuarios
- Información sobre saldos de cuenta, cobertura y solicitudes
- Evaluaciones e incentivos de salud

Acceso rápido para encontrar y recibir atención

- **Orientación para encontrar el médico, laboratorio, farmacia o centro de atención conveniente correctos**
- Enlace fácil con orientadores de salud, administradores de casos, farmacéuticos y otros recursos

Acceso a apoyo directo con un solo clic

- Puede acceder a guías personales por teléfono, a través de la aplicación, en Internet o vía chat
- **Apoyo individual dedicado en situaciones complejas, para quienes más lo necesitan**
- Educación sobre características de los planes, maneras de aprovechar al máximo los beneficios y obtener incentivos



Comience a usar Cigna One Guide el 1 de julio de 2021 a través de la aplicación, chat o teléfono. Descargue la aplicación myCigna o llame al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación para conversar con su guía personal.

Antes del 1 de julio de 2021, puede llamar a la línea de inscripción previa de Cigna: 888.806.5042.

Consejero de salud

La Universidad de Denver desea garantizar que usted y su familia reciban la información que necesitan para tomar las mejores decisiones respecto a su salud y bienestar. Para ayudar en esto, la Universidad ofrece acceso 24/7 a asistencia cuando la necesita para satisfacer todas las necesidades de atención médica y facturación de servicios médicos para usted y su familia, incluidos sus padres y suegros. El Consejero de salud le ofrece asistencia experta para todas sus necesidades, ya sean médicas, dentales, oftalmológicas, de vida y de discapacidad. Obtenga las respuestas que necesita, cuando las necesita, sin costo adicional para usted. Los empleados no tienen que inscribirse en el plan de salud de la Universidad para acceder a este beneficio. El Consejero de salud complementa los servicios disponibles de Cigna One Guide y es el recurso principal para las personas que no están inscritas en el plan médico de Cigna.

¿No sabe dónde pedir información? Nosotros le ayudaremos.

- Encuentre los profesionales correctos según sus necesidades
- Encuentre especialistas, programe citas, coordine exámenes o tratamientos especiales
- Obtenga respuestas a preguntas sobre diagnósticos, resultados de exámenes, tratamientos medicamentos y más

¿Desea aprovechar al máximo lo que paga por sus beneficios? Le podemos ayudar a ahorrar.

- Obtenga una estimación de los costos de servicios en su área
- Encuentre opciones para servicios de salud alternativos y sin cobertura
- Reciba información sobre opciones de medicamentos genéricos
- Resuelva pregunta e inquietudes sobre sus facturas médicas
- Obtenga ayuda para negociar descuentos en facturas médicas o dentales de más de \$400 que el seguro no cubre

¿Necesita servicios de cuidado de adultos mayores o personas con necesidades especiales?

- Encuentre opciones de cuidado en el hogar, guardería para adultos, residencias grupales, vida asistida y cuidado de largo plazo
- Obtenga acceso a una gran variedad de servicios para padres de niños con necesidades especiales o trastornos del espectro autista
- Obtenga aclaración o ayuda para solicitar cobertura de Medicare, planes complementarios de Medicare y Medicaid
- Coordine la atención entre varios proveedores
- Coordine opciones de transporte hacia las citas médicas



Servicios para toda la familia

Todos son elegibles: empleados, cónyuges, hijos dependientes, padres y suegros.

Cómo funciona



El empleado o un miembro de su familia llaman a un número gratuito dedicado para cliente de Cigna.

La persona que llama habla con un consejero de salud personal dedicado y recibe asistencia directa e individualizada.

El consejero de salud personal sigue apoyando a la persona hasta resolver el problema.

* Los servicios del consejero de salud NO constituyen un seguro médico ni servicios médicos y este programa no ofrece servicios de atención médica ni reembolsos por pérdidas financieras de servicios de atención médica.

Cuide de su salud a través de myCigna

Su cuenta en línea estará disponible después del 1 de julio de 2021 o cuando Cigna reciba sus documentos de elegibilidad. myCigna le ofrece acceso a las siguientes características:

- Busque proveedores dentro de la red, procedimiento, estimaciones de costos y mucho más.
- Revise una lista de sus solicitudes más recientes, su estado y reembolsos.
- Compruebe que su información de contacto esté actualizada, de manera de recibir siempre las notificaciones importantes sobre su plan.

Es tan fácil como contar hasta 3.

1. Visite www.mycigna.com desde su computadora o dispositivo móvil.
2. Siga las instrucciones de registro. Necesitará su identificación de la Universidad de Denver o número de tarjeta de Cigna (que se encuentra en el anverso de su tarjeta de identificación)
3. Comience a cuidar su salud y la de su familia; encuentre un médico, programe una cita, transfiera sus recetas y más.

Descargue hoy la aplicación



DispatchHealth

Vuelva a disfrutar de visitas a domicilio. DispatchHealth le ofrece atención médica a petición en la comodidad de su hogar, en su oficina o en el lugar que necesite.

Los equipos médicos móviles llegan equipados con la última tecnología y herramientas para tratar lesiones y enfermedades menores o graves. DispatchHealth está disponible al mismo costo de una visita médica de urgencia.

CÓMO FUNCIONA DISPATCHHEALTH



1. SOLICITE ATENCIÓN

Sencillamente, use nuestra aplicación móvil, sitio web o llámenos directamente.



2. EXPLIQUE SUS SÍNTOMAS

Haremos seguimiento por teléfono para entender mejor lo que pasa y brindarle la atención correcta.



3. RECIBA ATENCIÓN EN SU HOGAR

Nuestro equipos llegan en un lapso promedio de una hora



4. QUÉDESE TRANQUILO

Nosotros nos encargamos de sus recetas, informamos a su médico y hacemos los trámites del seguro para que usted pueda concentrarse en mejorar.

OBTENGA LA APLICACIÓN:



DISPATCHHEALTH PUEDE TRATAR LAS MISMAS CONDICIONES QUE UN CENTRO DE ATENCIÓN DE URGENCIA Y MÁS, ESTAS CONDICIONES INCLUYEN:



DOLENCIAS COMUNES

Fiebre, tos, resfrío, gripe, infección urinaria



OJOS

Infección, conjuntivitis, orzuelos



PIEL

Eruptiones cutáneas, lesiones, laceraciones



AFECCIONES RESPIRATORIAS

Asma, bronquitis, alergias



OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA

Dolor de garganta, faringitis estreptocócica, infecciones de oídos y sinusitis, hemorragia nasal



AFECCIONES DIGESTIVAS

Náuseas, vómitos y diarrea

ATENCIÓN MÉDICA A PETICIÓN LOS 7 DÍAS DE LA SEMANA Y LOS 365 DÍAS DEL AÑO □ 8 a.m. - 10 p.m.

SOLICITE ATENCIÓN EN LÍNEA EN DISPATCHHEALTH.COM O LLAME AL 303-500-1518

Opciones de atención virtual

TeleHealth

Una opción conveniente y de bajo costo.

La atención virtual de condiciones médicas menores cuesta menos que la atención en la sala de emergencias o las visitas de atención de urgencia, y tal vez incluso menos que la visita a un proveedor de atención primaria en la consulta

- Obtenga atención a través de video o teléfono, 24/7/365, incluso durante fines de semana y feriados.
- Conéctese con médicos y pediatras certificados.
- Si corresponde, pida que una receta se envíe directamente a una farmacia local.

Los médicos y pediatras certificados pueden diagnosticar, tratar y recetar la mayoría de los medicamentos para tratar condiciones médicas menores, como por ejemplo:

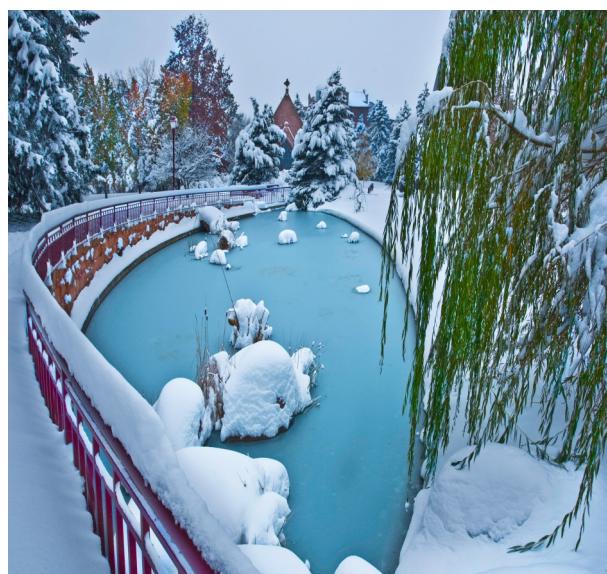
- | | | | |
|-----------------------|---------------------|--------------------------|-----------------------|
| • Acné | • Alergias | • Asma | • Bronquitis |
| • Resfriado y gripe | • Estreñimiento | • Diarrea | • Dolores de oídos |
| • Fiebre | • Dolores de cabeza | • Infecciones | • Dolores articulares |
| • Conjuntivitis aguda | • Erupción cutánea | • Infección respiratoria | • Herpes |
| • Sinusitis | • Infección cutánea | • Dolor de garganta | • Infección urinaria |

Cigna presta atención médica virtual para condiciones menores a través de su asociación con MDLive. Puede acceder a ella en www.myCigna.com.

Atención virtual para condiciones conductuales

MDLIVE también ofrece atención virtual en salud conductual y mental.

Los terapeutas y psiquiatras autorizados pueden diagnosticar, tratar y recetar la mayoría de los medicamentos para tratar condiciones conductuales no de emergencia, como por ejemplo:



- | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| • Adicciones | • Trastornos bipolares |
| • Problemas infantiles/ juveniles | • Depresión |
| • Trastornos alimentarios | • Luto/pérdida |
| • Problemas matrimoniales y de | • Problemas masculinos relaciones |
| • Trastornos del pánico | • Problemas de crianza |
| • Depresión posparto | • Estrés |
| • Trauma/TEPT | • Problemas femeninos |

Programe una cita en línea con un terapeuta o psiquiatra en cuestión de minutos al iniciar sesión en www.MDLIVEforCigna.com o llamar al (888) 726-3171.

Programas conductuales de Cigna

Los problemas de salud mental se presentan de diversas formas, por lo que requieren soluciones igualmente diversas. Ya sea que necesite ayuda para reducir el estrés, se sienta motivado para cambiar algo en su vida o necesite hablar con alguien, Cigna le ofrece gran variedad de herramientas y servicios de apoyo conductual para garantizar que obtenga el tipo de apoyo que más le conviene.

- Programe citas en línea con terapeutas o psiquiatras autorizados a través de nuestros grupos de proveedores exclusivamente virtuales.
- Acceda a proveedores de una amplia variedad de especialidades, como autismo y consumo de sustancias, así como proveedores especialistas en atender emergencias.
- Use las nuevas opciones de modalidad, como terapia a través de mensajes privados con proveedores
- Reciba tratamiento confidencial para condiciones como estrés y ansiedad.



Terapia
virtual



Salud emocional
y bienestar

- Nuestra red de programas de asistencia para empleados ofrece hasta tres sesiones gratuitas con un médico certificado.
- Seminarios a petición, recursos comunitarios y derivaciones en gran variedad de temas.
- La atención conductual virtual le permite hablar con un terapeuta por teléfono, a través de una tableta o de una computadora personal.
- Herramientas y recursos digitales de autoservicio
- iPrevail: ofrece terapia, aprendizaje personalizado y apoyo para cuidadores a petición. Responda una evaluación, reciba un programa elaborado según sus necesidades y conéctese con un terapeuta de pares.
- Happify: un programa autodirigido que incluye actividades, juegos científicos y meditaciones guiadas cuyo propósito es reducir la ansiedad, el estrés y mejorar la salud general.

- Centros de excelencia (COE)
- Terapia y apoyo
- Opciones de modalidad, como mensajes de texto privados con proveedores
- Serie sobre Conciencia de la salud conductual



Salud
mental



Consumo de
sustancias



Apoyo y
orientación

- Comprenda un diagnóstico de salud conductual.
- Supere los desafíos que plantean los trastornos del espectro autista, los trastornos alimentarios, el consumo de sustancias, el consumo de opiáceos y el control del dolor.
- Conozca opciones de tratamiento y cómo sus opciones pueden afectar lo que deberá desembolsar.
- Identifique y controle los factores activadores de su condición.

- El consumo de tabaco, la obesidad y el estrés plantean amenazas graves para el bienestar físico y conductual.
- Es posible controlar estas condiciones al adoptar hábitos de vida saludables y ofrecemos servicios para ayudarlo con eso.



Programas de manejo del
estilo de vida

www.meruhealth.com/cigna



- Programa de terapia de 12 semanas en la aplicación
- Apoyo diario de médicos certificado y colegas anónimos para tratar la ansiedad, la depresión y el agotamiento.

- Una plataforma de terapia en línea que le permite conectarse de manera fácil y conveniente www.talkspace.com/cigna con un terapeuta conductual certificado desde cualquier lugar, en cualquier momento.
- Mensajes de texto, video y voz ilimitados a su terapeuta dedicado a través de un navegador web o la aplicación móvil Talkspace.

www.talkspace.com/cigna



Opciones de atención

Desde torceduras hasta malestares, nunca se sabe cuándo podría necesitar tratamiento. Pero cuando ese momento llegue, puede recibir la atención adecuada para usted eligiendo las opciones que se adapten a sus necesidades médicas y financieras.

En caso de lesiones o enfermedades leves cuando no pueda visitar a su médico, una llamada a la línea de ayuda de enfermería o a su consejero de telemedicina, o una visita a una miniclinica pueden proporcionarle la atención que necesita y ahorrarle el tiempo y los altos costos de una atención de urgencia o una visita a la sala de emergencia.

Atención virtual



Comuníquese con un médico por teléfono cuando, donde y como mejor le acomode. Obtenga tratamiento para condiciones menores, como alergias, resfío/gripe y erupciones cutáneas en forma inmediata.

- Sinusitis
- Alergias
- Erupciones cutáneas
- Síntomas de resfriado/gripe
- Diarrea
- Infección del tracto

Atención primaria



El mejor lugar para recibir atención de rutina o preventiva, seguimiento de medicamentos o derivación a servicios únicos, como equipos médicos duraderos, etc.

- Vacunas / Atención preventiva
- Servicios de laboratorio
- Inquietudes sobre
- Dolor prolongado
- Enfermedades menores a moderadas
- Tratamiento no urgente

DispatchHealth



DispatchHealth ofrece atención médica médica cómoda en su hogar o en un lugar de su preferencia. Atienden todas las necesidades que atienden los centros de urgencias, ¡y más! El horario de atención es de 8 a.m. a 10 p.m.* Visite www.dispatchhealth.com o descargue la aplicación para el teléfono.

- Síntomas de resfriado/gripe
- Asma y afecciones respiratorias
- Náuseas, vómitos y diarrea
- Infección del tracto
- Afecciones de los oídos, nariz y garganta
- Aplicación de puntos y fracturas menores
- Dolor de espalda, cuello y articulaciones

Atención de urgencia



Algunas veces necesita atención médica rápida pero tal vez no sea necesario ir a la sala de emergencias. Visite el centro de atención de urgencia en la red de Cigna cuando no pueda acudir a la consulta de su médico principal y necesite atención fuera de horario. Los centros de atención de urgencia normalmente pueden tratar muchas enfermedades y lesiones menores y ahorrarle tiempo y gastos derivados si visita una sala de urgencias.

- Esguinces, dislocaciones, fracturas
- Conmociones cerebrales
- Reacciones alérgicas menores
- Crisis de asma menores a moderadas
- Dolor de garganta, dolor de oídos, cortes pequeños

Sala de emergencia



Cuando crea que necesita tratamiento inmediato para enfermedades o lesiones importantes que pueden causar problemas graves o incluso la muerte.

Si cree que está experimentando una emergencia médica, acuda a la sala de emergencias más cercana o llame al 911.

- Hemorragia severa
- Ataque cardíaco/dolor
- Accidente cerebrovascular
- Lesiones espinales
- Dificultad para respirar en el pecho



Opciones de planes dentales

Un buen cuidado bucal mejora la salud física, la apariencia y el bienestar mental. Los problemas dentales y de las encías son comunes, pero son afecciones fáciles de tratar. La Universidad de Denver le ofrece tres planes dentales para elegir, dos de Delta Dental y uno de Beta Health.

Delta Dental

Con las opciones de Delta Dental, usted y los miembros de su familia pueden visitar cualquier dentista autorizado, pero **recibirá mayores ahorros de desembolso si visita a un proveedor PPO de Delta Dental**. Si opta por visitar a un dentista fuera de la red, deberá desembolsar un monto adicional y se le facturará la diferencia entre el monto total que cobra el proveedor y el monto aprobado (esto se denomina facturación de saldo*). Cuando visita un proveedor PPO o Premier de Delta Dental, está protegido de la facturación de saldo.

Los dos planes de Delta Dental incluyen el programa **Right Start 4 Kids**. Este programa ofrece todos los servicios con cobertura de 100% sin deducibles para menores hasta que cumplan 13 años si visita un proveedor PPO o Premier (para los mismos servicios descritos en el plan, hasta el monto máximo anual y sujeto a limitaciones y exclusiones). La ortodoncia no está cubierta al 100%, sino con el coseguro indicado en el plan.

Beta Health

El plan Alpha de Beta Health es un programa dental solo en la red que proporciona un promedio de hasta 70% de ahorro en los procedimientos dentales más comunes (como limpieza, empastes, coronas, tratamientos de conducto e incluso ortodoncia para menores y adultos). Consulte el programa de tarifas del plan para conocer los valores de cada procedimiento. Para aprovechar los ahorros, usted y su familia pueden visitar a uno de los 700 proveedores de Colorado. Debe seleccionar a su proveedor en la inscripción, pero puede cambiarlo cuando desee durante el año.

Resumen de los beneficios cubiertos	Plan PPO básico de Delta		Plan PPO mejorado de Delta		Plan Alpha de Beta Health
	PPO	Premier o fuera de la red	PPO	Premier o fuera de la red	
Deducible anual (individual/familiar)	\$50/hasta \$150		\$50/hasta \$150		N/A
Beneficio máximo anual	\$1,000 por miembro		\$1,500 por miembro		Ilimitado
Servicios dentales preventivos Examen bucal, limpiezas, selladores, radiografías	Cobertura de 100%	Cobertura de 100%*	Cobertura de 100%	Cobertura de 100%*	Ver programa de tarifas
Servicios dentales básicos Empastes, extracciones simples, cirugía oral, endodoncia, periodoncia	20% después de deduc.	20% después de deduc.*	20% después de deduc.	20% después de deduc.*	
Servicios dentales mayores Coronas, dentaduras postizas, puentes, implantes	50% después de deduc.	50% después de deduc.*	50% después de deduc.	50% después de deduc.*	
Servicios de ortodoncia Adulto e infantil	Sin cobertura		50% hasta un máximo de por vida de \$1,500 por miembro		
Período de espera para inscripciones tardías**	No se aplica a los servicios preventivos, 6 meses para servicios básicos y 12 meses para servicios mayores y de ortodoncia				Ninguno

**Se aplica facturación de saldo si visita a un proveedor fuera de la red. El monto adeudado es la diferencia entre los cargos facturados por el proveedor y el pago recibido de Delta Dental basado en el programa "Cargo máximo admisible".

** Si no se inscribe en el plan dental la primera vez que es elegible, como al ser contratado o en una reinscripción, se será considerado Afiliado tardío y estará sujeto a un período de espera. La sanción de "Afiliado tardío" no se aplica a quienes estén cubiertos por un plan dental de otro grupo que se inscriban dentro de los 30 días de haber perdido la otra cobertura dental ni tampoco a menores que se inscriban en cualquier cumpleaños antes de cumplir 4 años.



Opciones de planes oftalmológicos

Sus ojos son una ventana hacia su salud general. Mediante exámenes de rutina su proveedor puede detectar problemas de salud generales en las etapas iniciales y además, determinar si necesita lentes correctores. La Universidad de Denver sabe que el cuidado de su vista es personal, al igual que la relación con su oftalmólogo. Por esa razón, la Universidad de Denver se asoció con EyeMed para brindarle acceso a atención asequible y lentes de calidad de un gran número de ópticas y proveedores independientes.

Resumen de los beneficios cubiertos	Plan básico		Plan mejorado	
	Dentro de la red	Reembolso fuera de la red	Dentro de la red	Reembolso fuera de la red
Examen de la vista	Menor de 19 años: Dos veces por año del plan; Mayor de 19 años: Una vez por año del plan			
	Copago de \$10	Hasta \$45	El plan paga 100%	Hasta \$45
Lentes	Menor de 19 años: Dos veces por año del plan; Mayor de 19 años: Una vez por año del plan			
Monofocal		Hasta \$35		Hasta \$35
Bifocal	Copago de \$25	Hasta \$50	Copago de \$10	Hasta \$50
Trifocal		Hasta \$65		Hasta \$65
Marcos*	Una vez cada dos años del plan		Una vez por año del plan	
	Asignación de hasta \$130; después, 20% del saldo	Hasta \$90	Asignación de hasta \$150; después, 20% del saldo	Hasta \$104
Lentes de contacto	Una vez por año del plan			
Electivos	Asignación de hasta \$130; después, 15% del saldo	Hasta \$104 Hasta \$210	Asignación de hasta \$150; después, 15% del saldo	Hasta \$120
Médicamente necesarios	Cobertura total		Cobertura total	Hasta \$210
Corrección láser	15% de desc. en precio de venta o 5% de desc. en precio promocional	N/A	15% de desc. en precio de venta o 5% de desc. en precio promocional	N/A
Descuentos adicionales en la red	40% de desuento en el par completo de lentes recetados, 20% de descuento en lentes no recetados, 20% del saldo restante más allá de la cobertura del plan			

*Como beneficio adicional, las tiendas Target Optical® ofrecen una opción de \$0 de desembolso individual que le permite seleccionar cualquier armazón disponible, de cualquier marca, sin importar el precio de venta minorista original. Para revisar una lista completa de proveedores, visite www.eyemed.com





Contribuciones mensuales del empleado

La siguiente tabla indica las contribuciones del empleado para los planes médicos, dentales y oftalmológicos. Su parte de los costos se deducirá de su pago antes de aplicar impuestos. La parte de las primas que pagan los empleados por cobertura de pareja unión civil o pareja de hecho será retenida después de impuestos. La parte de la prima que paga la Universidad por una pareja de unión civil o pareja de hecho se añadirá a sus ganancias como ingreso gravable.

Planes médicos

	Plan de copagos		Plan HDHP-HSA*	
	La Universidad de	Empleado	La Universidad de	Empleado
Solo empleado	\$526.54	\$89.03	\$522.39	\$0.00
Empleado y cónyuge	\$855.85	\$370.87	\$881.52	\$158.94
Empleado e hijo(s)	\$771.85	\$332.70	\$791.46	\$145.42
Familiar	\$1,132.57	\$583.23	\$1,174.91	\$279.96

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

Planes dentales

	Plan PPO básico de Delta	Plan PPO mejorado de Delta	Plan Alpha de Beta Health
Solo empleado	\$28.95	\$48.32	\$10.22
Empleado y cónyuge	\$57.05	\$95.25	\$20.24
Empleado e hijo(s)	\$68.64	\$114.55	\$24.92
Familiar	\$107.14	\$178.85	\$29.86

Planes oftalmológicos

	Plan básico	Plan mejorado
Solo empleado	\$6.34	\$8.85
Empleado y cónyuge	\$12.07	\$16.81
Empleado e hijo(s)	\$12.71	\$17.72
Familiar	\$18.69	\$26.03



Cuenta de ahorro para gastos médicos (HSA)

¿Qué es una Cuenta de ahorro para gastos médicos (HSA)?

Una Cuenta de ahorro para gastos médicos (HSA) es una cuenta individual y con beneficios tributarios que puede utilizar para pagar gastos médicos actuales o futuros calificados por el IRS. Con una cuenta HSA tendrá la posibilidad de generar más ahorros para gastos de atención médica o ahorros adicionales para la jubilación a través de opciones de inversión autónomas.

Planes de salud con deducible alto y HSA

Debe estar inscrito en el plan HDHP de Cigna para ser elegible para una cuenta HSA y hacer contribuciones a HSA.

¿Es elegible para una cuenta HSA?

Su cuenta HSA se administra a través de Rocky Mountain Reserve (RMR). Puede abrir y contribuir a una cuenta HSA si:

1. Está inscrito en un plan de salud calificado para HSA (HDHP);
2. No tiene cobertura de otros seguros médicos (con algunas excepciones);
3. No está inscrito en Medicare;
4. No está inscrito en TriCare;
5. No es elegible para declararse como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona;
6. No ha recibido beneficios médicos de la Administración de veteranos con la excepción de atenciones para una “discapacidad relacionada con el servicio militar” o un centro de Servicios de salud para indígenas en los últimos tres meses; y
7. No está cubierto por una Cuenta de gastos flexibles (FSA) para atención médica propia o de su cónyuge.

¿Cómo funciona una cuenta HSA?

- Puede contribuir a su cuenta HSA a través de deducciones en la nómina, una transferencia bancaria en línea o enviando un cheque personal a RMR. Su empleador o una tercera persona, como un cónyuge o uno de sus padres, también pueden contribuir a su cuenta.
- Puede pagar gastos médicos calificados con su tarjeta de débito directamente a su proveedor médico o pagar desembolsos. Puede elegir reembolsarse o mantener los fondos en su cuenta HSA para hacer crecer sus ahorros.
- Los fondos sin utilizar se transferirán año tras año. Después de cumplir 65 años, puede retirar los fondos para cualquier propósito sin incurrir en sanciones, pero estarán sujetos a impuestos a la renta ordinarios.

¿Cuánto puede contribuir a su cuenta HSA?

Las contribuciones realizadas por todas las partes no pueden exceder el límite anual establecido por IRS. A continuación, puede revisar los montos límite del IRS para el año calendario 2021.

	Contribución máxima de IRS para 2021	Contribución de la Universidad de Denver	Contribución máxima del empleado
Solo el empleado	\$3,600		\$3,268.32
Familiar	\$7,200	\$331.68 (\$27.64 por mes)	\$6,868.32
Recuperación	Las personas mayores de 55 años pueden contribuir con \$1,000 adicionales*		

*Los empleados que tengan 55 años o más en 2021 y que no estén inscritos en Medicare, pueden contribuir con \$1,000 adicionales a su cuenta HSA. Los cónyuges que tengan 55 años o más y estén cubiertos bajo el seguro médico del empleado de la Universidad de Denver también pueden hacer una contribución de recuperación a una cuenta HSA separada a su nombre. Si se inscribe en Medicare a mitad de año, su contribución de recuperación se debe prorratear.

Cuentas de gastos flexibles

Las Cuentas de gastos flexibles (FSA) permiten a los empleados utilizar dinero antes de impuestos para pagar gastos de atención médica o cuidado de un hijo o dependiente no cubiertos por planes de seguros. Los empleados contribuyen con una parte de cada pago a una cuenta FSA y obtienen ahorros considerables en impuestos. El dinero de una cuenta FSA se puede utilizar para pagar desembolsos de gastos médicos, dentales y oftalmológicos o gastos de cuidado de dependientes. Los empleados no necesitan inscribirse en el plan de salud del empleador para tener una cuenta FSA. La Universidad de Denver le permite elegir una cuenta de gastos flexibles para la atención médica y una cuenta de gastos flexibles para el cuidado de dependientes, como se describe en más detalle a continuación. Sus cuentas FSA se administran a través de Rocky Mountain Reserve (RMR).

FSA para atención médica

Una cuenta FSA para atención médica es una cuenta de beneficios antes de impuestos utilizada para pagar gastos de atención médica, dental y oftalmológica elegibles que no están cubiertos por su plan de seguros u otros medios. Es una manera sencilla e inteligente de ahorrar dinero y al mismo tiempo proteger su salud y la de su familia. El IRS establece un límite para el monto que puede contribuir a esta cuenta cada año. El límite de contribución para el año 2021 es de \$2,750.

FSA de propósito limitado

Una cuenta FSA de propósito limitado (LPFSA) es una cuenta de gastos flexibles que solo reembolsa los gastos dentales y oftalmológicos elegibles. La cuenta LPFSA está disponible para los empleados inscritos en un Plan de salud con deducible alto (HDHP); puede inscribirse en ambas cuentas, LPFSA y HSA. Al establecer una cuenta LPFSA, puede ahorrar dinero en impuestos si utiliza su dinero de LPFSA para pagar gastos dentales y oftalmológicos y así conservar los fondos de su cuenta HSA para otros fines, o simplemente ahorrarlos para el futuro. El IRS establece un límite para el monto que puede contribuir a esta cuenta cada año. El límite de contribución para el año 2021 es de \$2,750.

FSA para el cuidado de dependientes

Una cuenta FSA para el cuidado de dependientes es una cuenta con beneficios antes de impuestos para pagar servicios de cuidado para dependientes como jardín infantil, campamento de verano, programas escolares extracurriculares y guarderías o centros de cuidado para adultos mayores. Una cuenta FSA para el cuidado de dependientes es una forma inteligente y simple de ahorrar dinero y al mismo tiempo cuidar a sus seres queridos para que pueda seguir trabajando. El IRS establece un límite para el monto que puede contribuir a esta cuenta cada año. **Exclusivamente por 2021, en virtud de la Ley del Plan de Rescate Estadounidense (ARPA), los empleados pueden contribuir con hasta \$10,500 si están casados y declaran impuestos junto a su cónyuge o son jefes de hogar, o \$5,250 si están casados y declaran impuestos de forma individual, a su DCAP hasta el 31 de diciembre de 2021.**

A partir del 1 de enero de 2022, las contribuciones se revertirán al límite estándar del IRS de \$5,000 si está casado y declara impuestos con su cónyuge o es jefe de hogar, o \$2,500 si está casado y declara impuestos de forma individual.

¿Cómo funciona una cuenta FSA?

1. Usted decide el monto anual (hasta el límite establecido para cada cuenta) que desea contribuir a una o ambas cuentas FSA según los gastos que espera tener en atención médica o para el cuidado de menores o adultos mayores dependientes.
2. Las elecciones se deducen de cada pago antes del impuesto a la renta e impuestos de Seguro Social y se depositan en su cuenta FSA. Toda su elección anual queda inmediatamente disponible después de comenzar el año del plan para las cuentas FSA para atención médica y LPFSA. En el caso de la cuenta FSA para el cuidado de dependientes, solo puede recibir la cantidad que está en su cuenta cuando se le hace el reembolso.
3. Puede pagar los gastos elegibles de atención médica o cuidado de dependientes con la tarjeta de débito de FSA o enviar un formulario para solicitar el reembolso.
4. **En virtud de la Ley de Asignaciones Consolidadas de 2021 (CAA), para los años del plan que terminan en 2020 y 2021, los saldos de cuentas de gastos flexibles para cuidado de dependientes se transferirán al año siguiente del plan sin un máximo.**

Si tiene dinero restante adicional al término del año del plan, visite www.FSAsstore.com o www.directfsa.com para encontrar productos elegibles que usted y su familia puedan adquirir para no perder esos fondos. Los procedimientos estéticos como blanqueamiento dental no se cubren.

Comparación entre HSA y FSA

Description	HSA	FSA para atención médica	FSA de propósito limitado	FSA para el cuidado de dependientes
Elegibilidad	HDHP	Copago	HDHP	Todos los empleados
Límites de contribución de 2021	\$3,600 individual \$7,200 familiar \$1,000 de recuperación		\$2,750	Hasta \$10,500, consulte la página 19 para obtener detalles
¿Quién puede contribuir?	Empleador, empleado, cónyuge, miembros de la familia**		Empleado	Empleado
Reasignación	100%	Ilimitado, consulte la página 20 para obtener detalles		N/A
Cambio de contribución	En cualquier momento	Solo durante la inscripción abierta o con un evento calificativo		
Fondos disponibles	Una vez financiados	De inmediato		Una vez financiados
Recibos obligatorios para el reembolso	No, debe guardar sus facturas y recibos para efectos tributarios		Sí, para algunos gastos	
¿La cuenta es portátil?	Sí, todos los fondos pertenecen al propietario de la cuenta		No	
Gastos elegibles	Gastos médicos, dentales y oftalmológicos*, y algunas primas de seguros, como LTC y COBRA	Gastos médicos, dentales y oftalmológicos*, pero no primas de seguros	Gastos dentales y oftalmológicos*, pero no primas de seguros	Guardería infantil y de adultos mayores asociada al trabajo
¿Puedo usar los fondos para gastos no elegibles?	Sanción de 20% sobre el monto utilizado, si se aplica impuesto a la renta para mayores de 65 años		No	
Opciones de ahorro/inversión	Sí		No	

*Para obtener una lista completa de los gastos calificativos, visite <https://www.irs.gov/publications/p502>

**Los cónyuges e hijos cubiertos mayores de 19 años deben contribuir a su propia cuenta HSA individual





Seguro de vida y discapacidad

Seguro básico de vida básico y por muerte accidental y desmembramiento (AD&D)

Un seguro de vida proporciona seguridad financiera a las personas que dependen de usted. Sus beneficiarios recibirán un pago único si usted fallece mientras es empleado de la Universidad de Denver. La Universidad proporciona un seguro de vida básico equivalente a una vez su salario actual hasta un máximo de \$100,000 sin costo para usted. Los beneficios comenzarán a reducirse a partir de los 65 años.

El seguro por Muerte accidental y desmembramiento (AD&D) otorga un pago a usted o sus beneficiarios si pierde una extremidad o muere en un accidente. La Universidad de Denver ofrece una cobertura de AD&D equivalente a una vez su salario actual hasta un máximo de \$100,000 sin costo para usted. Esta cobertura es adicional al seguro de vida pagado de su compañía descrito anteriormente.

New York Life ofrece los siguientes beneficios adicionales a través de My secure Advantage™ sin costo para usted. Para obtener más información, visite www.du.edu/human-resources/benefits

Robo de identidad: ofrece herramientas y orientación personal para ayudarlo a prevenir, detectar y resolver problemas de robo de identidad. Incluye una consulta gratuita de 30 minutos con un Especialista en resolución de fraudes.	Preparación de un testamento: estos formularios legales galardonados facilitan la toma de decisiones de vida y legales que afectan el cuidado de la salud. Usted puede acceder a cientos de formularios inteligentes, específicos del estado y basados en web, incluido su última voluntad y testamento, testamento en vida, poderes notariales y más.
Programa de asistencia de vida: ayuda a superar los desafíos de la vida en los ámbitos personal, laboral y familiar, de cuidado de terceros, de luto, legal y financiero hasta problemas de cuidado de mascotas, por mencionar solo algunos.	Luto: apoyo para los empleados, los miembros de su hogar y los beneficiarios de la indemnización por fallecimiento en el momento de necesidad y desde el primer día, incluso si no reclaman la indemnización.

Discapacidad a corto plazo (STD)

El seguro por Discapacidad a corto plazo puede brindarle la tranquilidad de contar con un pago protegido en caso de que no pueda trabajar debido a una enfermedad o lesión ocurrida fuera del trabajo. La Universidad de Denver le ofrece cobertura de STD sin costo para usted. El plan de discapacidad a corto plazo de New York Life proporciona ingresos, después de completar el período de eliminación, si queda discapacitado debido a una lesión o enfermedad. Después de inscribirse en el plan puede aprovechar los siguientes beneficios:

- Período de eliminación: 14 días
- Monto del beneficio: 60% del salario semanal básico
- Monto máximo del beneficio: Hasta \$1,500 por semana
- Período del beneficio: Hasta 11 semanas

Discapacidad a largo plazo (LTD)

Cubrir los gastos básicos de subsistencia puede ser un verdadero desafío si queda discapacitado. Sus opciones pueden verse limitadas a los ahorros personales, ingresos del cónyuge y posiblemente el Seguro Social. El seguro de Discapacidad a largo plazo protege su recurso más valioso: la capacidad de generar ingresos. La Universidad de Denver le ofrece cobertura de LTD sin costo para usted.

- Período de eliminación: 90 días
- Monto del beneficio: 60% del salario mensual básico
- Monto máximo del beneficio: \$12,500 por mes
- Duración del beneficio: hasta alcanzar la edad normal de jubilación según su Seguro Social o 4 años

Este monto se puede ver reducido por otras fuentes de ingresos deducibles o ingresos por discapacidad.

Seguro voluntario de vida y por muerte accidental y desmembramiento (AD&D)

Seguro de vida voluntario

Puede adquirir un seguro de vida además de la cobertura que le proporciona su compañía. También puede adquirir un seguro de vida para sus dependientes si adquiere cobertura adicional para usted. Usted y su cónyuge cuentan con cobertura garantizada, como se señala a continuación, sin responder preguntas médicas si se inscribe cuando cumple los requisitos por primera vez o solo durante este período de inscripción. Si elige una cobertura por sobre el monto de la emisión garantizada, la cobertura no será efectiva hasta que New York Life apruebe la evidencia de asegurabilidad.

Empleado

- Incrementos de \$10,000 hasta \$500,000 o el salario anual multiplicado por cinco, lo que sea menor.
- Emisión garantizada: el monto menor de 5 veces el salario o \$200,000

Cónyuge

- Incrementos de \$5,000 hasta \$250,000, sin superar el monto cubierto del empleado.
- Emisión garantizada: \$50,000

Hijo(s)

- Dependientes de hasta 26 años, incrementos de \$2,500 hasta \$10,000.
- Emisión garantizada: \$10,000

Seguro voluntario por muerte accidental y desmembramiento (AD&D)

Puede adquirir un seguro AD&D además de la cobertura que le proporciona su compañía. También puede adquirir un seguro de AD&D para sus dependientes si adquiere cobertura adicional para usted.

Empleado

- Incrementos de \$10,000 hasta \$500,000 o el salario anual multiplicado por diez, lo que sea menor.

Cónyuge

- Incrementos de \$5,000 hasta \$500,000
- 60% del monto cubierto del empleado si no tiene hijos cubiertos por esta póliza.
- 50% del monto cubierto del empleado si tiene hijos cubiertos por esta póliza.

Hijo(s)

- Incrementos de \$2,500 hasta \$75,000
- 15% del monto cubierto del empleado si no tiene un cónyuge cubierto por esta póliza.
- 10% del monto cubierto del empleado si tiene un cónyuge cubierto por esta póliza.

Seguro voluntario de cuidado a largo plazo

El cuidado a largo plazo es la ayuda que una persona puede necesitar para realizar las actividades básicas de la vida diaria, como comer, bañarse, vestirse, trasladarse, ir al baño y continencia. También puede incluir la supervisión necesaria para proteger la salud y seguridad de una persona. La necesidad del cuidado a largo plazo puede surgir a causa de un accidente, enfermedad, accidente cerebrovascular, edad avanzada u otra condición crónica como Alzheimer, demencia o Parkinson. El cuidado a largo plazo consiste principalmente en un cuidado personal más que una atención médica, que normalmente está cubierta por un plan de salud. El seguro de Cuidado a largo plazo está disponible a través de LifeSource. Para obtener una cotización personalizada, llame o visite el sitio web que aparece en la sección de contacto de esta guía.

Voluntario de accidente y enfermedad grave

Voluntario de accidente

Un seguro de Lesiones accidentales puede ofrecer a usted y a su familia la protección financiera adicional que pueden necesitar para solventar gastos asociados a un accidente imprevisto con cobertura. Aunque es imposible prever sucesos inesperados en la vida, puede planificarse para ellos eligiendo beneficios que le ayuden a proteger su futuro financiero. Los gastos regulares, sean grandes o pequeños, pueden acumularse. Considere su capacidad de solventar esos gastos si usted o un miembro de su familia resultan lesionados gravemente en un accidente con cobertura. El plan le paga directamente los beneficios. Lo que usted haga con ese dinero es decisión suya.

Este beneficio pagará una suma global en caso de que se produzca un accidente con cobertura. Los ejemplos incluyen:

- Fracturas
- Dislocación
- Cirugía
- Transporte en ambulancia
- Coma
- Quemaduras
- Desgarro
- Radiografías
- Y más

Solo empleado	\$9.92
Empleado y cónyuge	\$17.96
Empleado e hijo(s)	\$22.90
Familiar	\$30.95

Voluntario de enfermedad grave

La Universidad le ofrece la oportunidad de adquirir un seguro de Enfermedad grave en forma voluntaria para aliviar el impacto financiero de una enfermedad de gravedad. Si usted o un miembro de su familia son diagnosticados con una enfermedad y cumplen los requisitos de la póliza y el certificado grupales, recibirán un pago que podrán usar como más les convenga. Pueden usarlo para cubrir los deducibles de su seguro de salud, los copagos, los cargos incidentales del hospital (por ejemplo, uso de televisión, teléfono, etc.) o para el fin que deseen. El seguro de Enfermedad grave proporciona pagos por enfermedades como:

- Insuficiencia orgánica/renal
- Arteriosclerosis
- Carcinoma In Situ
- Benign Brain Tumor
- Cáncer
- Infarto cardíaco
- Accidente cerebrovascular

Montos del beneficio para enfermedad grave:

- Empleado: \$10,000, \$20,000 o \$30,000; Emisión garantizada: \$30,000
- Hijo(s): 50% del monto del beneficio para el empleado
- Hijo(s): 50% del monto del beneficio para el empleado

Tarifas mensuales por \$10,000 y basadas en la edad del empleado	Solo empleado	Empleado y cónyuge	Empleado e hijo(s)	Familiar
0-29	\$2.49	\$3.98	\$3.71	\$5.22
30-39	\$4.42	\$6.94	\$5.65	\$8.07
40-49	\$8.16	\$12.75	\$9.39	\$13.98
50-59	\$16.19	\$25.77	\$17.42	\$27.01
60-69	\$25.85	\$41.31	\$27.08	\$42.53
70-79	\$45.53	\$70.56	\$46.76	\$71.78
80+	\$72.33	\$109.99	\$73.57	\$111.23



Plan de jubilación 403(b)

La Universidad ofrece un plan de jubilación conforme a la sección 403(b) del Código de Rentas Internas (IRC) que le permite invertir en su jubilación a través de cómodas contribuciones de nómina realizadas automáticamente de forma regular.

Las contribuciones se pueden realizar antes de impuestos o mediante reducción del salario con impuesto diferido, lo que significa que a su ingreso gravable actual se le deduce el monto de sus contribuciones y los impuestos sobre tales contribuciones y sus ganancias de inversión se diferirán hasta que se paguen a usted en forma de beneficios de jubilación u otras distribuciones de esos planes. También puede contribuir después de impuestos, lo cual reducirá su deuda fiscal durante la jubilación. En el caso de los empleados que reciben pagos quincenales, las contribuciones para la jubilación se deducen de cada pago. La participación en este plan es totalmente voluntaria.

Elegibilidad

Como empleado elegible de la Universidad, puede optar por hacer contribuciones a contar del primer día del mes siguiente a su fecha de contratación o su fecha de designación en el cargo, lo que ocurra primero. Usted podrá optar a recibir contribuciones paralelas el primer día del mes siguiente al día en que completó 12 meses de servicio en la Universidad.

Si fue empleado elegible para beneficios de jubilación y completó un año de servicio (en un período de 12 meses consecutivos) en otra institución de enseñanza o educación antes de su empleo en la Universidad, es elegible para recibir contribuciones paralelas el primer día del mes desde la fecha de su contratación o designación.

Sus contribuciones

Como participante, puede optar por diferir una parte de su compensación cada año en lugar de recibir ese monto en efectivo. El total de las contribuciones diferidas en un año gravable no puede exceder un límite en dólares establecido por ley. El límite para el año 2021 es de \$19,500. Si tiene 50 o más años, puede optar por diferir cantidades adicionales (llamadas "contribuciones de recuperación") al plan. El monto máximo de "contribuciones de recuperación" que puede obtener en el año 2021 es de \$6,500.

Existen dos tipos de contribuciones diferidas: contribuciones diferidas 403(b) antes de impuestos y contribuciones diferidas Roth 403(b). Puede realizar una de ellas o ambas al plan.

Contribuciones diferidas 403(b) antes de impuestos: Si decide hacer contribuciones diferidas 403(b) antes de impuestos, sus ingresos imponibles se reducen por las contribuciones diferidas, de modo que paga menos en impuestos federales a la renta. Más adelante, cuando el plan distribuya las contribuciones diferidas y las ganancias, pagará los impuestos de esas contribuciones diferidas y ganancias.

Por lo tanto, los impuestos federales a la renta de las contribuciones diferidas y las ganancias solamente se posponen. Con el tiempo, tendrá que pagar impuestos sobre esos montos.

Contribuciones diferidas Roth 403(b): Si decide hacer contribuciones diferidas Roth 403(b), las contribuciones diferidas están sujetas a impuestos federales a la renta en el año de la contribución diferida. Sin embargo, las contribuciones diferidas y, en la mayoría de los casos, las ganancias en las contribuciones diferidas, no están sujetas a impuestos federales a la renta cuando se distribuyen a usted. Para que las ganancias sean libres de impuestos, debe cumplir ciertas condiciones. Consulte el resumen de la descripción del plan para obtener más información.

Opción de contribución paralela del empleador

Los empleados designados son elegibles para inscribirse en la opción de contribuciones paralelas del empleador para el plan de jubilación en cualquier momento después de cumplir un año de servicio en la Universidad. Los empleados también pueden eximirse de este requisito de servicio si han prestado servicio anteriormente en otra institución de educación calificativa. Este requisito de servicio se define como un año de servicio como empleado de tiempo completo elegible para los beneficios de jubilación. Una institución de educación calificativa (según la Sección 170(b)(1)(A)(ii) de IRC) se define como una organización académica que normalmente mantiene un cuerpo docente y un plan de estudios regulares y por lo general, cuenta con un cuerpo estudiantil inscrito de forma regular que asiste al lugar donde se llevan a cabo las actividades educativas de manera regular.

Si un empleado contribuye con el 4% y reúne los requisitos para participar en el plan paralelo del empleador, el empleado recibirá cualquier contribución paralela que realice la Universidad. La contribución paralela es discrecional y puede variar según lo determine la Universidad. Si tiene preguntas sobre la contribución paralela, comuníquese con el Centro de Servicios Compartidos al 303-871-7420 o a Benefits@du.edu.

Contribución del empleado

Los empleados tanto asignados como no asignados pueden inscribirse en la opción de contribución del empleado en cualquier momento. También puede poner fin a su participación en cualquier momento. TIAA ofrece una amplia variedad de opciones de inversión.

Nota: Las aportaciones realizadas mediante la opción de contribución del empleado no reciben contribuciones paralelas de parte de la Universidad.

Distribuciones

Las distribuciones de este plan están disponibles solo luego de la terminación del empleo en la Universidad, excepto por la distribución de una suma por un servicio único prestado de hasta el 10% de su cuenta, que puede solicitar a los 59 años y medio o más. Cualquier distribución de este plan que no califique como “pago periódico” según el IRC, o como una “reasignación” calificada o “transferencia directa” a otro plan de jubilación calificado debe ser “reasignada” a un plan IRA, que luego puede usarse como vehículo para retiros de efectivo.

- Si tiene preguntas, póngase en contacto con TIAA
- Llame a TIAA al 800-842-2252 en la semana de 8 a.m. a 8 p.m. y los sábados, de 7 a.m. a 4 p.m., MT. • ¿Desea hablar con un asesor sin costo extra?
 - Llame al 800-732-8353 en la semana de 8 a.m. a 8 p.m., ET, o programe una cita en línea en www.tiaa.org/schedulenow
 - Ponga en marcha su plan de acción personalizado para la jubilación con la herramienta de asesoría en línea para la jubilación de TIAA. Visite www.tiaa.org/retirementadvisor





Apoyo de cuidado infantil y apoyo familiar

La Universidad de Denver y Bright Horizons se asociaron para ayudarle a administrar mejor sus numerosas responsabilidades laborales, familiares y personales. Usted, como uno de nuestros valiosos empleados, puede acceder a dos programas: Bright Horizons Back-Up Care™ y Bright Horizons Additional Family Supports™.

Bright Horizons Back-Up Care™ brinda acceso a cuidado de apoyo para los miembros de su familia pequeños, adultos y personas de tercera edad durante una interrupción o falla en la prestación de servicios de cuidado habituales. Los empleados pueden acceder a 3 días anuales de cuidado de apoyo a tarifas subvencionadas. El costo del cuidado en un centro es de \$20 por niño/día o de \$35 por familia/día. El costo del cuidado de niños y adultos en el hogar es de \$8 por hora (4 horas como mínimo).

Los ejemplos de cuándo puede usar el servicio de apoyo en cuidado infantil incluyen:

- Usted acaba de tener un bebé y necesita un servicio de cuidado durante su regreso al trabajo en el horario habitual o si falla su servicio de cuidado habitual
 - La escuela o la guardería de su hijo permanece cerrada por vacaciones, el profesor se ha ausentado o el clima difícil no permite al niño asistir a la escuela o a la guardería
 - Necesita un servicio de cuidado infantil en el hogar durante las noches o fines de semana
- Los ejemplos de cuándo puede usar el servicio de apoyo en cuidado de adultos y personas de tercera edad incluyen:
- El proveedor habitual de cuidado en el hogar de su padre/madre está enfermo o de vacaciones
 - Su hijo adolescente/adulto está un poco enfermo y desea que alguien lo cuide mientras usted trabaja
 - Sus padres y abuelos viven fuera del estado y necesitan ayuda
 - Su cónyuge o pareja (u otro pariente adulto) se recupera de una enfermedad o lesión y necesita ayuda

A través de Bright Horizons Additional Family Supports™, su empleador le ofrece recursos para ayudarlo a obtener un servicio de cuidado familiar regular y constante, como por ejemplo:

- Inscripción preferencial en centro de cuidado infantil Bright Horizons
- Matrícula con descuento para cuidado a tiempo completo en centros de socios seleccionados en nuestra red de guarderías
- Recursos en línea, de autoservicio y de autopago para buscar y conectarse con: • Cuidadoras de niños y niñeras que ofrecen cuidado regular y durante fines de semana (incluso de niños con necesidades especiales) y acompañantes de adultos y personas de tercera edad, disponibles a través de Sittercity
- Cuidadores de mascotas, paseadores de perros, peluqueros de mascotas y más, a través de Sittercity
- Recursos, planificación y derivaciones para cuidado de personas de tercera edad, disponibles a través de Years Ahead
- Clases particulares, preparación para exámenes y ayuda con tareas escolares, disponibles a través de Tutoring and Test Prep
- Empleados domésticos, a través de Sittercity

Visite <https://clients.brighthorizons.com/DU>

nombre de usuario del empleador: DU | Contraseña: Benefits4You

Descargue la aplicación: Busque “cuidado de apoyo” en la App Store o en Google Play

¿Tiene preguntas? Llame al 877-BH-CARES (242-2737)



Programa de asistencia para empleados (EAP)

La Universidad de Denver ofrece a todos sus empleados un EAP sin costo a través de SupportLinc. El programa de EAP es un beneficio de salud separado del seguro médico, que le ayuda a enfrentar los desafíos de la vida diaria. El EAP es 100% confidencial.

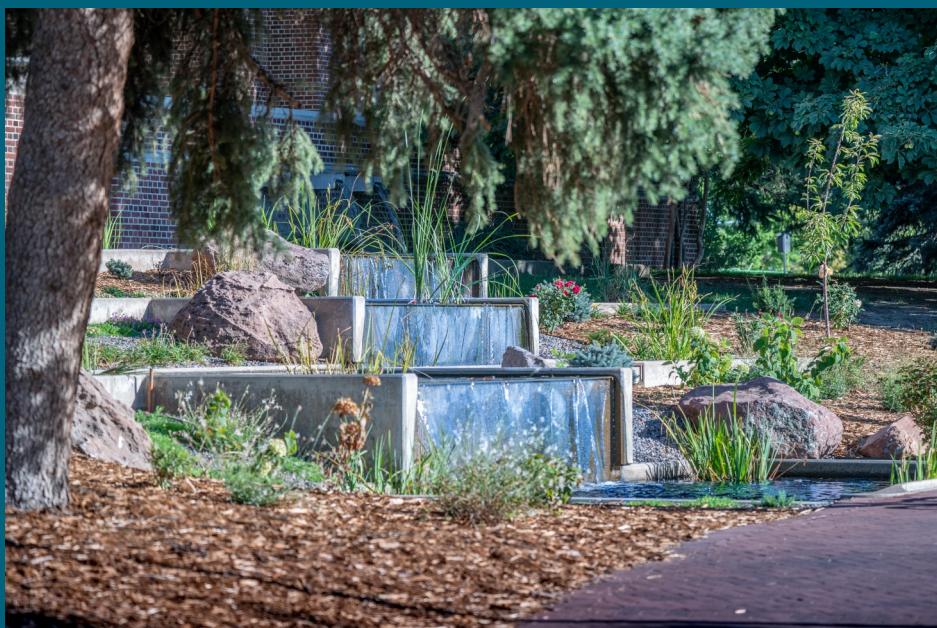
Usted, su cónyuge y familiares inmediatos reciben hasta 6 visitas por problema, por año. SupportLinc puede derivarlo a consejeros profesionales, servicios y recursos que lo ayudarán a resolver diversos problemas personales y laborales, como:

Asesoria	AsesoriaBeneficio laboral/personal
<ul style="list-style-type: none">Depresión, estrés o ansiedadProblemas de relaciónDuelo y pérdidaProblemas familiares y de crianzaAbuso de sustancias	<ul style="list-style-type: none">Consulta leal en persona o telefónica con un-abogado colegiadoAsesoría financieraAsesoría en caso de robo de identidadReferencia para cuidado de dependientesOrientación y derivaciones a recursos de vida cotidiana, como: mejoramiento del hogar, servicios de entretenimiento, cuidado de mascotas, reparación automotriz, bienestar, viajes, encargados de mantenimiento, oportunidades de trabajo voluntario, etc.

Visite el portal en :

www.supportlinc.com

Nombre de usuario: **universityofdenver**





Exención de matrícula

El programa de Exención de matrícula está diseñado para que los empleados beneficiados, sus cónyuges y/o sus hijos dependientes menores de 25 años puedan inscribirse en cursos "por créditos" en la Universidad de Denver con cargos de matrícula reducidos o sin cargos. Al momento de la contratación, la elegibilidad para la exención de matrícula de los empleados se asigna automáticamente para el primer período de estudios disponible luego de 6 meses de servicio del beneficiado en la Universidad.

Las exenciones estarán disponibles automáticamente para el cónyuge/pareja o hijo en cada período siguiente, según la elegibilidad del empleado y su cónyuge/pareja. La documentación es obligatoria para verificar la relación

del alumno con el empleado y puede incluir una Declaración jurada de derecho consuetudinario, una Declaración jurada de pareja de hecho, una declaración de renta reciente, un certificado de nacimiento o documentación de tutoría legal.

Los beneficios de Exención de matrícula para estudiantes de postgrado están sujetos a impuestos federales, estatales y FICA. Por lo tanto, el valor del beneficio de Exención de matrícula para cónyuges/parejas e hijos en cursos de postgrado se informará como ingreso imponible en el pago del empleado. Para obtener más información sobre los impuestos, consulte a un asesor tributario.

EMPLEADO Y CÓNYUGE

Programa laboral del empleado	Elegibilidad del empleado por período académico	Crédito máximo anual del plan* Verano a primavera	Elegibilidad del cónyuge por período académico
Tiempo completo .93-1.0 FTE	2 clases (9 créditos máx)	20 créditos	5 créditos
3/4 del tiempo .75-.92 FTE	2 clases (7 créditos máx)	16 créditos	4 créditos
1/2-tiempo (.50-.74 FTE	2 clases (5 créditos máx)	12 créditos	3 créditos
Jubilado	5 credits	N/A	5 créditos

* If an employee becomes eligible to use the tuition waiver mid-way through a plan year, the annual credit maximum is prorated for the remaining plan year. The annual limit will renew each Summer period.

Programa laboral del empleado	Período de otoño	Período de invierno	Período de primavera
Tiempo completo .93-1.0 FTE	15 créditos	10 créditos	5 créditos
3/4-tiempo .75-.92 FTE	12 créditos	8 créditos	4 créditos
1/2-tiempo .50-.74 FTE	9 créditos	6 créditos	3 créditos

HIJO DEPENDIENTE

Programa laboral del empleado	Empleados con cargo o menos de 5 años de servicio:	Empleados con cargo o menos de 5 años de servicio
Tiempo completo .93-1.0 FTE	70%/50%	90%/50%
3/4-tiempo .75-.92 FTE	45%/35%	60%/35%
1/2-tiempo .50-.74 FTE	35%/25%	45%/25%

Puede encontrar más información sobre pautas de elegibilidad, restricciones, definición de términos, cómo usar los beneficios de la exención de matrícula y consideraciones legales y tributarias en <https://www.du.edu/human-resources/benefits/tuition-waiver/index.html> o puede comunicarse con el Centro de Servicios Compartidos llamando al 303-871-7420 o en benefits@du.edu.



Beneficios adicionales

Estas ofertas de descuentos están abiertas para todos los empleados de la Universidad, a menos que se indique específicamente otra cosa, y están sujetas a cambio o descontinuación sin aviso por parte del proveedor. Tal vez se le pida presentar su tarjeta de identificación de la Universidad para recibir los descuentos publicitados. La Universidad no avala ninguno de los bienes o servicios ofrecidos, así como tampoco garantiza ninguna de las ofertas. Para obtener más información sobre los descuentos indicados, debe comunicarse directamente con el proveedor.

Tarjeta de identificación Pioneer

Ofrece numerosos privilegios, como descuentos en la librería de la Universidad, acceso a la biblioteca y precios reducidos para asistir a eventos en el Newman Center for the Performing Arts y eventos deportivos de DU.

Atletismo y recreación de DU

El profesorado, el personal y los juilados de DU pueden acceder a descuentos exclusivos para la compra de entradas para eventos deportivos de DU durante todo el año.

DU Coors Fitness Center

Los empleados de DU disfrutan de descuentos en Coors Fitness Center, y también en Programas de Ritchie Center seleccionados. Las membresías con descuento en Coors Fitness Center están disponibles para docentes, personal y sus familias, y se ofrece un 10% de descuento en programas populares, como School Days Off, P.A.S.S. Camp y más.

EcoPass para RTD

EcoPass proporciona viajes gratis e ilimitados en trenes ligeros y buses RTD (con ciertas excepciones), y descuentos en transporte del aeropuerto RTD. Para obtener más información, comuníquese con el Centro de Transporte de DU al 303-871-7433 o el Centro de Servicios Compartidos al 303-871-7420 o en benefits@du.edu.

Para obtener más información sobre las ofertas anteriores y otras, visite:

www.du.edu/human-resources/benefits





AVISOS LEGALES

Para el año del plan: 1 de julio de 2021 - 30 de junio de 2022

A continuación encontrará los avisos legales de nuestros planes de salud. Usted y sus dependientes deben leer cada punto atentamente, ya que describen beneficios, términos y limitaciones importantes de nuestro plan de salud.

Derechos de inscripción especial en HIPAA

Aviso de privacidad de HIPAA

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

Ley de Protección de la Salud de Madres y Recién Nacidos

Ley de los Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados (USERRA)

Ley de Paridad en la Salud Mental e Igualdad en la Adicción de 2008, "Ley Wellstone"

Asistencia para primas de Medicaid y el Programa de seguro médico infantil (CHIP)

Ley de Equidad para Trabajadoras Embarazadas C.R.S. § 24-34-402.3

Instrucciones para el Modelo de aviso general de la cobertura de continuación de COBRA

Medicare Parte D

Si tiene alguna pregunta después de revisar cada punto, póngase en contacto con: Centro de Servicios Compartidos

Universidad de Denver

2601 East Colorado Avenue Denver, CO 80208

Teléfono: 303.871.7420

Fax: 303.871.6339

Derechos de inscripción especial en HIPAA

Pérdida de otra cobertura: Si está rechazando o ha rechazado la inscripción para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a la cobertura de otro seguro de salud o cobertura de un plan de salud grupal, puede inscribirse usted y a sus dependientes en este plan más adelante si deja de ser elegible para la otra cobertura o si el empleador deja de contribuir a su cobertura o la de sus dependientes. Para optar a esta oportunidad de inscripción especial, debe solicitar la inscripción dentro de 30 días después del término de la otra cobertura o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura no COBRA.

Nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o entrega en adopción: Si tiene un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o entrega en adopción, puede inscribirse usted y a sus dependientes.

Para optar a esta oportunidad de inscripción especial, debe solicitar la inscripción dentro de los primeros 30 días de ocurrido el matrimonio, nacimiento, adopción o entrega en adopción.

Cobertura de Medicaid: El Plan de salud y bienestar de la Universidad de Denver permite que un empleado o dependiente elegible, que no esté inscrito para recibir cobertura, se inscriba si ocurre cualquiera de los eventos siguientes:

- 1. TÉRMINO DE LA COBERTURA DE MEDICAID O CHIP:** Si el empleado o dependiente está cubierto por un plan de Medicaid o un Plan de salud infantil estatal y la cobertura de ese plan del empleado o el dependiente termina por pérdida de elegibilidad.
- 2. ELEGIBILIDAD PARA ASISTENCIA PARA PRIMAS DE MEDICAID O CHIP:** Si el empleado o dependiente cumple los requisitos para recibir asistencia para primas de Medicaid o CHIP, incluida cualquier exención o proyecto de demostración realizado según o en relación con un plan de este tipo. Generalmente se trata de un programa en que el estado ayuda a personas empleados con el pago de las primas del plan de salud grupal del empleador en lugar de proporcionar inscripción directa en un programa de Medicaid estatal.

Para optar a esta oportunidad de inscripción especial, debe solicitar cobertura del plan de salud grupal dentro de los primeros 60 días después de la fecha en que el empleado o dependiente cumple los requisitos para recibir asistencia para primas de Medicaid o CHIP o la fecha de término de la cobertura de Medicaid o CHIP patrocinada por el estado para usted o su dependiente.

Aviso de privacidad de HIPAA

HIPAA exige que la Universidad de Denver le notifique que puede obtener una copia del aviso de privacidad en el Centro de Servicios Compartidos. Póngase en contacto con el Centro de Servicios Compartidos si tiene alguna pregunta.

Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer. La Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer requiere que los planes de salud grupal que proporcionan cobertura para mastectomía proporcionen cobertura para ciertos servicios reconstructivos. Esta ley también exige que se entregue una notificación por escrito sobre la disponibilidad de la cobertura a todos los participantes del plan en el momento de la inscripción y luego, de forma anual. Este texto actúa en cumplimiento de tal requisito para este año. Los servicios incluyen:

- Reconstrucción del seno después de una mastectomía;
- Cirugía/reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica;
- Prótesis; y
- Tratamiento para complicaciones físicas durante todas las etapas de la mastectomía, incluidos linfedemas.

Además, el plan no puede:

- Interferir con los derechos de un participante del plan a evitar estos requisitos; ni tampoco
- Ofrecer incentivos al proveedor de salud, o evaluar sanciones contra el proveedor, en un intento por interferir con los requisitos de la ley.

Sin embargo, el plan puede aplicar deducibles, coseguro y copagos acorde a otras coberturas proporcionadas por el Plan.

Ley de Protección de la Salud de Madres y Recién Nacidos

La ley federal (Ley de Protección de la Salud de Madres y Recién Nacidos de 1996) prohíbe que el plan limite la duración de la estadía de la madre o el recién nacido a menos de 48 horas para un parto normal o 96 horas para un parto por cesárea, o requerir que el proveedor obtenga una autorización previa para una estadía de 48 o 96 horas, según corresponda. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe al proveedor de atención médica, después de consultarla con la madre, dar de alta a la madre o al recién nacido antes de 48 horas para un parto normal o de 96 horas para un parto por cesárea.

Ley de los Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados (USERRA) La Ley de los Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados (USERRA) fue promulgada en 1994, después de la acción militar de EE. UU. en el Golfo Pérsico. USERRA prohíbe discriminar a las personas por su membresía en los servicios uniformados en cualquier aspecto relacionado con el empleo. Desde su promulgación, USERRA ha sido modificada y ampliada por leyes federales adicionales, como la Ley de Mejora de los Beneficios de los Veteranos de 2008 (Ley de 2008). Si desea obtener detalles adicionales sobre USERRA, póngase en contacto con Recursos Humanos.

Ley de Paridad en la Salud Mental e Igualdad en la Adicción de 2008, "Ley Wellstone" En virtud de la Ley Wellstone, los planes de salud grupales grandes (es decir, empleadores con 51 o más empleados) que eligen ofrecer beneficios de salud mental y abuso de sustancias en su plan de salud no pueden establecer límites en dólares anuales ni vitalicios, ni límites de visitas a consultas ni días de hospitalización en los beneficios de salud mental y abuso de sustancias que sean inferiores a cualquier otro límite impuesto por el plan médico para otros beneficios médicos o quirúrgicos. Además, el plan de salud grupal debe proporcionar la misma cobertura fuera de la red para salud mental y abuso de sustancias que la proporcionada para beneficios médicos y quirúrgicos fuera de la red.

ASISTENCIA PARA PRIMAS DE MEDICAID Y EL PROGRAMA DE SEGURO MÉDICO INFANTIL (CHIP)

Si usted o su hijo son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para cobertura médica de su empleador, es posible que su estado tenga un programa de asistencia para primas que ayuda a pagar la cobertura usando fondos de los programas de Medicaid o CHIP. Si usted o su hijo no son elegibles para Medicaid o CHIP, no podrá acceder a estos programas de asistencia para primas, pero podrá adquirir cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información, visite www.healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y usted vive en un estado indicado a continuación, contáctese con su oficina estatal de Medicaid o CHIP para saber si hay asistencia para primas disponible.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos en Medicaid o CHIP en la actualidad y cree que usted o cualquiera de sus dependientes podría ser elegible para uno de estos programas, comuníquese con su oficina estatal de Medicaid o CHIP, o llame a 877.KIDS.NOW o visite www.insurekidsnow.gov para averiguar cómo inscribirse. Si cumple los requisitos, consulte en su estado si hay algún programa que ofrezca ayuda para pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir asistencia para primas de Medicaid o CHIP, y elegibles para el plan de su empleador, el empleador debe permitirle inscribirse en dicho plan si aún no está inscrito. Esto se conoce como oportunidad de "inscripción especial", y debe solicitar cobertura dentro de los primeros 60 días de haberse determinado su elegibilidad para la asistencia para primas. Si tiene preguntas sobre la inscripción en el plan de su empleador, póngase en contacto con el Departamento de Trabajo en www.askebsa.dol.gov o llame al [\(3272\)](http://866.444.EBSA).

Si vive en uno de los siguientes estados, puede ser elegible para recibir asistencia para el pago de las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados fue actualizada el 31 de enero de 2031. Debe ponerse en contacto con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad.

ALABAMA - Medicaid Sitio web: http://myalhipp.com/ Teléfono: 1-855-692-5447	GEORGIA - Medicaid Sitio web: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162 ext 2131
ALASKA - Medicaid The AK Health Insurance Premium Payment Program Sitio web: http://myakhipp.com/ Teléfono: 1-866-251-4861 Correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad para Medicaid: http://dhss.alaska.gov/dpa/Pages/medicaid/default.aspx	INDIANA - Medicaid Healthy Indiana Plan para adultos de escasos recursos 19-64 Sitio web: http://www.in.gov/fssa/hipp/ Teléfono: (877) 438-4479 Todos los demás Medicaid Sitio web: https://www.in.gov/medicaid/ Teléfono (800) 457-4584
ARKANSAS - Medicaid Sitio web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	IOWA - Medicaid and CHIP (Hawki) Sitio web de Medicaid: http://dhs.iowa.gov/ime/members Teléfono de Medicaid: (800) 338-8366 Sitio web de Hawki: http://dhs.iowa.gov/Hawki Teléfono de Hawki: (800) 257-8563
CALIFORNIA - Medicaid Sitio web: https://www.dhcs.ca.gov/services/Pages/TPLRD_CAU_cont.aspx Teléfono: 916-440-5676	KANSAS - Medicaid Sitio web: http://www.kdheks.gov/hcf/default.htm Teléfono: (800) 792-4884
COLORADO - Medicaid & CHP+ Sitio web de Health First Colorado: http://www.healthfirstcolorado.com/ Centro de contacto de miembros de Health First Colorado: 1-800-221-3943/ Relé de estado 711 CHP+: https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/childhealth-plan-plus Servicio al cliente de CHP+: 1-800-359-1991 / Relé de estado 711 Health Insurance Buy-In Program (HIBI): https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/healthinsurance-buy-program Servicio al cliente de HIBI: 1-855-692-6442	KENTUCKY - Medicaid Sitio web de Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP): http://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Teléfono: (855) 459-6328 Correo electrónico: KIHIPP.PROGEAM@ky.gov Sitio web de KCHIP: https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx Teléfono: (877) 524-4718 Sitio web de Kentucky Medicaid: https://chfs.ky.gov
FLORIDA - Medicaid Sitio web: https://flmedicaidtplrecovery.com/ flmedicaidtplrecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268	

LOUISIANA - Medicaid	NUEVA YORK - Medicaid
<p>Sitio web: www.medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/laipp Teléfono de la Línea de asistencia de Medicaid: (888) 342-6207 Teléfono de LaHIPP: (855) 618-5488</p>	<p>Sitio web: http://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: (800) 541-2831</p>
MAINE - Medicaid	CAROLINA DEL NORTE - Medicaid
<p>Sitio web de inscripciones: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: (800) 442-6003 TTY: Maine relé 711 Sitio web de Private Health Insurance Premium: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: (800) 977-6740 TTY: Maine relé 711</p>	<p>Sitio web: http://medicaid.ncdhs.gov/ Teléfono: (919) 855-4100</p>
MASSACHUSETTS - Medicaid y CHIP	DAKOTA DEL NORTE - Medicaid
<p>Sitio web: http://www.mass.gov/eohhs/gov/departments/masshealth/ Teléfono: (800) 862-4840</p>	<p>Sitio web: http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/ Teléfono: (844) 854-4825</p>
MINNESOTA - Medicaid	OKLAHOMA - Medicaid y CHIP
<p>Sitio web: http://mn.gov/dhs/people-we-serve/seniors/health-care/health-care-programs/programs-andservices/other-insurance.jsp Teléfono: (800) 657-3739</p>	<p>Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: (888) 365-3742</p>
MISSOURI - Medicaid	OREGÓN - Medicaid
<p>Sitio web: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: (573) 751-2005</p>	<p>Sitio web: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx http://www.oregonhealthcare.gov/index-es.html Teléfono: (800) 699-9075</p>
MONTANA - Medicaid	PENSILVANIA - Medicaid
<p>Sitio web: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: (800) 694-3084</p>	<p>Sitio web: http://www.dhs.pa.gov/providers/Providers/Pages/Medical/HIPP-Program.aspx Teléfono: (800) 692-7462</p>
NEBRASKA - Medicaid	RHODE ISLAND - Medicaid
<p>Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: (855) 632-7633 Lincoln: (402) 473-7000 Omaha: (402) 595-1178</p>	<p>Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: (855) 697-4347 o (401) 462-0311 (Línea directa de Rite Share)</p>
NEVADA - Medicaid	CAROLINA DEL SUR - Medicaid
<p>Sitio web de Medicaid: http://dhcfp.nv.gov Teléfono de Medicaid: (800) 992-0900</p>	<p>Sitio web: http://www.scdhhs.gov Teléfono: (888) 549-0820</p>
NUEVO HAMPSHIRE - Medicaid	DAKOTA DEL SUR - Medicaid
<p>Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/oi/hipp.htm Teléfono: (603) 271-5218 Número gratuito para el programa HIPP: (800) 852-3345 ext. 5218</p>	<p>Sitio web: http://dss.sd.gov Teléfono: (888) 828-0059</p>
NUEVA JERSEY - Medicaid y CHIP	TEXAS - Medicaid
<p>Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmhs/clients/medicaid/ Teléfono de Medicaid: (609) 631-2392 Sitio web de CHIP: http://www.nifamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: (800) 701-0710</p>	<p>Sitio web de Medicaid: http://medicaid.utah.gov/ Sitio web de CHIP: http://health.utah.gov/chip Teléfono: (877) 543-7669</p>

VERMONT - Medicaid	VIRGINIA OCCIDENTAL - Medicaid
Sitio web: http://www.greenmountaincare.org/ Teléfono: (800) 250-8427	Sitio web: http://mywhipp.com/ Teléfono: (877) 598-5820
VIRGINIA - Medicaid y CHIP	WISCONSIN - Medicaid
Sitio web: http://www.coverva.org/hipp/ Teléfono de Medicaid: (800) 432-5924 Teléfono de CHIP: (855) 242-8282	Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: (800) 362-3002
WASHINGTON - Medicaid	WYOMING - Medicaid
Sitio web: https://www.hca.wa.gov/ Teléfono: (800) 562-3022	Sitio web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Teléfono: (800) 251-1269

Para averiguar si otros estados han agregado un programa de asistencia para primas desde el 31 de enero de 2021 o para obtener más información sobre derechos de inscripción especiales, puede comunicarse con:

Departamento de Trabajo de EE. UU.
Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados www.dol.gov/agencies/ebsa
1-866-444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.
Centros de 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

En virtud de la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Pub. L. 104-13) (PRA), ninguna persona está obligada a responder a una solicitud de recopilación de información a menos que dicha solicitud muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El Departamento señala que una agencia federal no puede llevar a cabo ni avalar una iniciativa de recopilación de información a menos que ella sea aprobada por la OMB en virtud de la PRA, y que muestre un número de control de la OMB válido actualmente y al público no se le exija responder a esta solicitud de recopilación de información a menos que muestre un número de control de la OMB válido actualmente. Consulte 44 U.S.C. 3507. Además, no obstante cualquier otra disposición legal, ninguna persona será objeto de sanciones por no satisfacer una solicitud de recopilación de información, si esta no muestra un número de control de la OMB válido actualmente. Consulte 44 U.S.C. 3512.

Las personas del público que informan de tiempo para esta recopilación de información se estiman en un promedio aproximado de siete minutos por encuestado. Animamos a las partes interesadas a enviar comentarios sobre la estimación de tiempo o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas sugerencias para reducir este tiempo, al Departamento de Trabajo de EE. UU., a la Administración de Seguridad de Beneficios para el Empleado, a la Oficina de Políticas e investigación, dirigidos a: Director de autorización de PRA, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210 o envíe un correo electrónico a ebsa.opr@dol.gov y mencione el Número de control de la OMB 1210-0137.

Número de control de OMB 1210-0137 (caduca el 1/31/2023)

Ley de Equidad para Trabajadoras Embarazadas C.R.S. § 24-34-402.3

Según la Ley de Equidad para Trabajadoras Embarazadas, un empleador que no ofrece una acomodación razonable a candidatas a empleo o empleadas embarazadas, madres recuperándose del parto, o una condición relacionada, incurre en una práctica de empleo discriminatoria o injusta.

Requisitos:

De acuerdo con la Ley, si una candidata a empleo o empleada embarazada, o con una condición relacionada con el embarazo o el parto, pide una acomodación razonable, el empleador debe participar en un proceso interactivo con la candidata de empleo o empleada embarazada y proveerle una acomodación razonable para que pueda realizar las funciones esenciales del trabajo, a menos que la acomodación imponga dificultades indebidas al negocio.

La Ley identifica las siguientes acomodaciones razonables, entre otras:

- Descansos más frecuentes o más prolongados;
- Descansos más frecuentes para ir al baño, comer o tomar agua;
- Adquisición o modificación de equipos o de asientos;
- Restricciones para levantar objetos pesados;
- Traslado temporal a un puesto menos arduo o peligroso que esté disponible, con regreso al puesto actual después del embarazo;
- Reestructuración de trabajo;
- Asignación de tareas livianas, si están disponibles;
- Ayuda con labores manuales, o modificación de horarios de trabajo.

La Ley prohíbe que el empleador exija que una candidata a empleo o empleada acepte una acomodación que ella no ha solicitado o una acomodación que sea innecesaria para realizar las funciones esenciales del trabajo.

Alcance de las acomodaciones requeridas:

Una acomodación puede considerarse no razonable si el empleador debe contratar a nuevos empleados que de otro modo no serían necesarios, si tiene que despedir a un empleado, transferir a empleados con más precedencia, promover a empleados sin estar calificados para el trabajo, crear una nueva posición para el empleado, o proveerle al empleado un pago de ausencia laboral superior al otorgado a empleados en condiciones similares.

De acuerdo con la Ley, una acomodación razonable no puede causar "dificultades indebidas" al empleador. Una dificultad indebida se refiere a una acción que suponga una dificultad o gasto considerable para el empleador. Los factores siguientes se consideran para determinar si algo constituye una dificultad indebida para el empleador:

- La naturaleza y el costo de la acomodación;
- Los recursos financieros generales del empleador;
- El tamaño general de la empresa del empleador;
- El efecto que tendrá la acomodación en los gastos y recursos o el efecto que tendrá en las operaciones del empleador;

Si el empleador le ha proveído una acomodación similar a empleados de otras clases, la Ley estipula que existe una presunción refutable de que la acomodación no impone una dificultad indebida.

Acción adversa prohibida:

La Ley prohíbe que un empleador emprenda una acción adversa en contra de una empleada que solicita una acomodación razonable y que le niegue oportunidades de empleo a una candidata de empleo o empleada por el hecho de pedir una acomodación razonable.

Instrucciones para el Modelo de aviso general de la cobertura de continuación de COBRA

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

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

Es posible que tenga otras opciones disponibles al perder la cobertura de salud grupal. Por ejemplo, puede ser elegible para adquirir un plan individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Al inscribirse en la cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos, puede cumplir con los requisitos para obtener menores costos en las primas mensuales y gastos propios más bajos. Asimismo, puede tener derecho a un período de inscripción especial de 30 días en otro plan de salud grupal para el cual sea elegible (como un plan del cónyuge), aunque ese plan generalmente no acepte inscripciones tardías.

¿Qué es la cobertura de continuación de COBRA?

La cobertura de continuación de COBRA es la continuación de la cobertura del Plan en un caso en que debería terminar debido a un evento determinado de la vida. Un evento de este tipo también se conoce como "evento calificativo". Más adelante en este aviso se enumeran eventos calificativos específicos. Despues de un evento calificativo, la cobertura de continuación de COBRA debe ofrecerse a cada persona considerada un "beneficiario que cumple con los requisitos". Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios que cumplen con los requisitos la cobertura del Plan se pierde debido a un evento calificativo. Según el Plan, los beneficiarios que cumplen con los requisitos y que elijan la cobertura de continuación de COBRA deben pagar la cobertura de continuación de COBRA.

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

- Sus horas de empleo se reducen; o
- Su empleo termina por un motivo que no sea una falta grave de su parte.
- Si usted es el cónyuge del empleado, se convertirá en un beneficiario que cumple con los requisitos si pierde la cobertura del Plan debido a estos eventos calificativos:
- Su cónyuge muere;
- Las horas de empleo de su cónyuge se reducen;
- El empleo de su cónyuge termina por un motivo que no sea una falta grave por parte de su cónyuge;
- Su cónyuge adquiere el derecho a recibir los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas); o
- Se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge.
- Sus hijos dependientes se convertirán en beneficiarios que cumplen con los requisitos si pierden la cobertura del Plan debido a estos eventos calificativos:
- El empleado cubierto muere;
- Las horas de empleo del empleado cubierto se reducen;
- El empleo del empleado cubierto termina por un motivo que no sea una falta grave por parte del empleado cubierto;
- El empleado cubierto adquiere el derecho a recibir los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas);
- Los padres se divorcian o se separan legalmente; o
- El hijo deja de ser elegible para la cobertura del Plan como "hijo dependiente".

¿Cuándo está disponible la cobertura de continuación de COBRA?

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

- La terminación del empleo o la reducción de las horas de empleo;
- La muerte del empleado;
- El hecho de que el empleado adquiera el derecho a recibir los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas).

Para todos los otros eventos calificativos (divorcio o separación legal del empleado y el cónyuge, o hijo dependiente que pierde la elegibilidad para la cobertura como hijo dependiente), debe notificarle al administrador del Plan dentro de los primeros 60 días de ocurrido el evento calificativo.

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

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

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

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

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

¿Existen otras opciones de cobertura además de la cobertura de continuación de COBRA?: Sí. En lugar de inscribirse en la cobertura de continuación de COBRA, puede haber otras opciones de cobertura para usted y su familia a través del Mercado de Seguros Médicos, Medicaid u otras opciones de un plan de salud grupal (por ejemplo, el plan de su cónyuge), mediante lo que se conoce como un "período de inscripción especial". Es posible que algunas de estas opciones cuesten menos que la cobertura de continuación de COBRA. Puede encontrar más información sobre muchas de estas opciones en www.healthcare.gov.

Si tiene preguntas: Las preguntas acerca de su Plan o de sus derechos a recibir la cobertura de continuación de COBRA deben enviarse al contacto o los contactos identificados más adelante. Para obtener más información sobre sus derechos según la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA), incluida la ley COBRA, la Ley de protección al paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio, y otras leyes que afectan a los planes de salud grupales, comuníquese con la oficina regional o de distrito más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (EBSA) del Departamento de Trabajo de EE. UU. en su área, o visite www.dol.gov/ebsa. (Las direcciones y los números de teléfono de las oficinas regionales y de distrito de EBSA están disponibles en el sitio web de EBSA). Para obtener más información acerca del Mercado de Seguros Médicos, visite www.HealthCare.gov.

Informe a su plan si cambia de dirección: Para proteger los derechos de su familia, informe al administrador del Plan sobre cualquier cambio en las direcciones de sus familiares. También debe conservar una copia, para su registro, de todas las notificaciones que le envíe al administrador del Plan.

Medicare Parte D

IAviso importante de la Universidad de Denver sobre su cobertura de medicamentos recetados y Medicare

Lea atentamente este aviso y manténgalo a mano. Este aviso contiene información acerca de su cobertura actual de medicamentos recetados de la Universidad de Denver y acerca de sus opciones con respecto a la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarlo a decidir si desea o no inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si está considerando inscribirse, debe comparar su cobertura actual, incluidos los medicamentos cubiertos y su costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su área. Al final de este aviso encontrará información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones con respecto a su cobertura de medicamentos recetados.

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

1. La cobertura de Medicare para recetas médicas está disponible desde el año 2006 para todas las personas con Medicare. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan de Medicare para medicamentos recetados, o un Plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) que ofrece cobertura para medicamentos recetados. Todos los planes de Medicare para recetas médicas proporcionan al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
2. La Universidad de Denver ha determinado que la cobertura para recetas médicas ofrecida por el Plan de salud y bienestar de la Universidad, en promedio para todos los participantes del plan, debería pagar tanto como la cobertura estándar de Medicare para recetas médicas, y por lo tanto se considera Cobertura acreditable.

Debido a que su cobertura actual es Acreditable, usted puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una sanción), si más tarde decide inscribirse en un plan de Medicare para medicamentos.

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

Puede inscribirse en un plan de Medicare para medicamentos la primera vez que cumple los requisitos para Medicare y cada año desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

Sin embargo, si pierde su cobertura actual acreditable para medicamentos recetados, y no se debe a una falta suya, será elegible para un Período de inscripción especial (SEP) de dos (2) meses.

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

Si decide inscribirse en un plan de Medicare para medicamentos recetados, su cobertura actual con University of Denver no se verá afectada. Consulte más adelante la información sobre lo que sucede con su cobertura actual si se inscribe en un plan de Medicare para medicamentos.

Su cobertura actual paga otros gastos médicos además de los medicamentos recetados. Si se inscribe en un plan de Medicare para medicamentos recetados, usted y sus dependientes que cumplan los requisitos seguirán siendo elegibles para recibir todos sus beneficios actuales de salud y medicamentos recetados.

Si decide inscribirse en un plan de Medicare para medicamentos y cancela su cobertura actual de University of Denver, tenga en cuenta que usted y sus dependientes podrán volver a inscribirse en la cobertura durante el período de inscripción anual del Plan de salud y bienestar de University of Denver.

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

Debe saber también que si cancela o pierde su cobertura actual de University of Denver y no se inscribe en una cobertura de Medicare para medicamentos recetados dentro de 63 días corridos después del término de su cobertura actual, es posible que deba pagar una prima más alta (una sanción) por inscribirse tarde en un plan de Medicare para medicamentos.

Si lleva 63 días o más sin cobertura acreditable para medicamentos recetados, su prima mensual puede aumentar por lo menos un 1% de la prima base de beneficiarios de Medicare al mes por cada mes que usted no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima puede ser siempre por lo menos 19% más alta que la prima base que pagan los beneficiarios de Medicare. Tendrá que pagar esta prima más alta (sanción) mientras tenga la cobertura de Medicare para medicamentos recetados. Además, tendrá que esperar hasta el siguiente mes de noviembre para inscribirse.

Para más información sobre este aviso o su cobertura actual para medicamentos recetados:

Póngase en contacto con la persona indicada más adelante para obtener más información. NOTA: Recibirá este aviso cada año. También recibirá el aviso antes del próximo período en el que pueda inscribirse en la cobertura de Medicare para medicamentos recetados,

y en caso de que haya cambios en esta cobertura de University of Denver. Además, puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para más información sobre sus opciones con respecto a la cobertura de Medicare para medicamentos recetados:

Consulte el manual "Medicare y Usted" para obtener información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura para medicamentos recetados. Medicare le enviará por correo un ejemplar del manual cada año. También es posible que Medicare se ponga en contacto directamente con usted para informarle sobre los planes de medicamentos.

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

Visite www.medicare.gov.

- Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte su manual "Medicare y Usted" para obtener los números telefónicos) para obtener ayuda personalizada.
- Llame a 800.MEDICARE 800.633.4227. Los usuarios de TTY deben llamar al 877.486.2048.
- Si tiene ingresos y recursos limitados, existe ayuda adicional para pagar la cobertura de Medicare para medicamentos recetados. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite el sitio web del Seguro Social en www.socialsecurity.gov, o llame al 800.772.1213 (TTY 800.325.0778).
- Universidad de Denver/Centro de Servicios Compartidos

Fecha: 1 de julio de 2020

University of Denver / Shared Services

2601 East Colorado Avenue Denver, CO 80208 Phone: 303.871.7420 / Fax: 03.871.6339

Email: benefits@du.edu



Información de contacto

Si tiene alguna pregunta con respecto a sus beneficios o el material que contiene esta guía, póngase en contacto con el Centro de Servicios Compartidos.

Centro de Servicios Compartidos

Universidad de Denver

2601 East Colorado Avenue Denver, CO 80208

Teléfono: 303.871.7420

Fax: 303.871.6339

Correo electrónico: benefits@du.edu

Plan	Teléfono	Sitio web/correo electrónico	Grupo
Planes médicos Cigna	800.244.6224	www.mycigna.com	3344360
Cigna One Guide® (después de 7/1)	800.244.6224		3344360
Health Advocate®	866.799.2725		N/A
Dispatch Health	303-500-1518	www.dispatchhealth.com	3344360
Atención virtual	888.726.3171	www.MDLIVEforCigna.com	3344360
Programas conductuales de Cigna	Consulte el reverso de su tarjeta de identificación	www.mycigna.com	3344360
MeruHealth	833.940.1385	www.meruhealth.com/cigna	3344360
TalkSpace	N/A	www.talkspace.com/cigna	3344360

Plan	Teléfono	Sitio web/correo electrónico	Grupo
Planes dentales Delta Dental of Colorado	800.610.0201	www.deltadentalco.com	8826
Plan de descuentos en atención dental Beta Health	800.807.0706	www.betaplans.com/Alpha18/	N/A
Planes oftalmológicos EyeMed Vision Care	866.723.0514	www.eyemed.com	9846650
Cuenta de ahorro para gastos médicos y Cuenta de gastos flexibles Rocky Mountain Reserve	888.722.1223	www.rockymountainreserve.com	N/A
Seguro de vida y discapacidad New York Life	800.362.4462	www.cigna.com/customer-forms	Seguro de vida: FLX969778 AD&D: OK971218 STD: LK752793 LTD: LK966486
Voluntario de accidente y enfermedad grave Cigna	800.754.3207	Www.suphealthclaims.com	AI961819 CI961734
Voluntario de cuidado a largo plazo Life Source	855.889.5540	www.groupltci.com/du	N/A
Plan de ahorro para la jubilación 403(b) Teachers Insurance & Annuity Association (TIAA)	800.842.2252	www.tiaa.org	N/A
Programa de asistencia para empleados SupportLinc	888.881.5462	www.supportlinc.com	N/A



Este documento es un resumen de la cobertura propuesta por el o los aseguradores, de acuerdo con la información proporcionada por su empresa. No incluye todos los términos, cobertura, exclusiones, limitaciones y condiciones del contrato específico. Para conocer esos detalles, debe leer las pólizas y contratos correspondientes. Puede solicitar formularios de pólizas para su referencia.

La intención de este documento es proporcionarle información general con respecto al estado de sus beneficios actuales como empleado o posibles inquietudes relacionadas con ellos. No aborda necesariamente la totalidad de sus inquietudes específicas. No pretende otorgar asesoría legal y no debe considerarse como tal. Las preguntas sobre asuntos específicos deben ser respondidas por su asesor general o un abogado especializado en esta materia.
