



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 consultarlo 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](tel: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 [866.444.EBSA \(3272\)](tel: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	GEORGIA - Medicaid
Sitio web: http://myalhipp.com/ Teléfono: 1-855-692-5447	Sitio web: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162 ext 2131
ALASKA - Medicaid	INDIANA - Medicaid
The AK Health Insurance Premium Payment Program Sitio web: http://myakhipp.com/ Teléfono: 1-866-251-4861 Correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPPI.com Elegibilidad para Medicaid: http://dhss.alaska.gov/dpa/Pages/medicaid/default.aspx	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	IOWA - Medicaid and CHIP (Hawki)
Sitio web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	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	KANSAS - Medicaid
Sitio web: https://www.dhcs.ca.gov/services/Pages/TPLRD_CAU_cont.aspx Teléfono: 916-440-5676	Sitio web: http://www.kdheks.gov/hcf/default.htm Teléfono: (800) 792-4884
COLORADO - Medicaid & CHP+	KENTUCKY - Medicaid
Sitio web de Health First Colorado: ://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	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: KIHIPPI.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://flmedicaidtprecovery.com/flmedicaidtprecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268	

LOUISIANA - Medicaid	NUEVA YORK - Medicaid
Sitio web: www.medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp Teléfono de la Línea de asistencia de Medicaid: (888) 342-6207 Teléfono de LaHIPP: (855) 618-5488	Sitio web: http://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: (800) 541-2831
MAINE - Medicaid	CAROLINA DEL NORTE - Medicaid
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	Sitio web: http://medicaid.ncdhhs.gov/ Teléfono: (919) 855-4100
MASSACHUSETTS - Medicaid y CHIP	DAKOTA DEL NORTE - Medicaid
Sitio web: http://www.mass.gov/eohhs/gov/departments/masshealth/ Teléfono: (800) 862-4840	Sitio web: http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/ Teléfono: (844) 854-4825
MINNESOTA - Medicaid	OKLAHOMA - Medicaid y CHIP
Sitio web: http://mn.gov/dhs/people-we-serve/seniors/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp Teléfono: (800) 657-3739	Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: (888) 365-3742
MISSOURI - Medicaid	OREGÓN - Medicaid
Sitio web: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: (573) 751-2005	Sitio web: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx http://www.oregonhealthcare.gov/index-es.html Teléfono: (800) 699-9075
MONTANA - Medicaid	PENSILVANIA - Medicaid
Sitio web: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: (800) 694-3084	Sitio web: http://www.dhs.pa.gov/providers/Providers/Pages/Medical/HIPP-Program.aspx Teléfono: (800) 692-7462
NEBRASKA - Medicaid	RHODE ISLAND - Medicaid
Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: (855) 632-7633 Lincoln: (402) 473-7000 Omaha: (402) 595-1178	Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: (855) 697-4347 o (401) 462-0311 (Línea directa de Rite Share)
NEVADA - Medicaid	CAROLINA DEL SUR - Medicaid
Sitio web de Medicaid: http://dhcftp.nv.gov Teléfono de Medicaid: (800) 992-0900	Sitio web: http://www.scdhhs.gov Teléfono: (888) 549-0820
NUEVO HAMPSHIRE - Medicaid	DAKOTA DEL SUR - Medicaid
Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/oii/hipp.htm Teléfono: (603) 271-5218 Número gratuito para el programa HIPP: (800) 852-3345 ext. 5218	Sitio web: http://dss.sd.gov Teléfono: (888) 828-0059
NUEVA JERSEY - Medicaid y CHIP	TEXAS - Medicaid
Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Teléfono de Medicaid: (609) 631-2392 Sitio web de CHIP: http://www.nifamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: (800) 701-0710	Sitio web: http://gethipptexas.com/ Teléfono: (800) 440-0493
	UTAH - Medicaid y CHIP
	Sitio web de Medicaid: http://medicaid.utah.gov/ Sitio web de CHIP: http://health.utah.gov/chip Teléfono: (877) 543-7669

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 Empleo, 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. Después 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 cumplan con los requisitos la cobertura del Plan se pierde debido a un evento calificativo. Según el Plan, los beneficiarios que cumplan con los requisitos y que elijan la cobertura de continuación de COBRA deben pagar la cobertura de continuación de COBRA.

Si usted es un empleado, se convertirá en un beneficiario que cumple con los requisitos si pierde la cobertura del Plan debido a estos eventos 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 ex empleado muera, adquiera el derecho a recibir los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas), se divorcie o se separe legalmente, o si el hijo dependiente deja de ser elegible en el Plan como hijo dependiente. Esta extensión solo está disponible en el caso de que el segundo evento 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

Aviso 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 tardíamente 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