



## AVISOS LEGALES

Para el Año del Plan: 1 de julio del 2022 al 30 de junio del 2023

Se adjuntan los Avisos Anuales de nuestros planes de salud. Usted y sus dependientes deben leer cada aviso con detención, ya que en ellos se describen beneficios, términos y limitaciones importantes que se aplican a nuestro plan de salud.

- Derechos de Inscripción Especial de la HIPAA
- Recordatorio del Aviso de Prácticas de Privacidad de la Ley HIPAA
- Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer
- Ley de Protección de la Salud del Recién Nacido y de la Madre
- Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de Servicios Uniformados (USERRA)
- Ley de Paridad en la Salud Mental e Igualdad en la Adicción del 2008 (“Ley de Wellstone”)
- Ley de Facturación Sin Sorpresas
- Asistencia de Primas de Medicaid y el Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP)
- Ley de Imparcialidad para Trabajadoras Embarazadas C.R.S. § 24-34-402.3
- Aviso General de COBRA
- Aviso de Cobertura Acreditable
- Aviso del Mercado

Si tiene alguna pregunta después de revisar cada aviso, debe comunicarse con:  
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](mailto:benefits@du.edu)

## Derechos de Inscripción Especial de la HIPAA

### Aviso del Plan de Salud de la Universidad de Denver sobre sus Derechos de Inscripción Especial en Virtud de la Ley HIPAA

Nuestros registros indican que usted es elegible para participar en el Plan de Salud de la Universidad de Denver (para participar realmente, debe completar un formulario de inscripción y pagar parte de la prima a través de la deducción de nómina).

Una ley federal llamada Ley HIPAA exige que le notifiquemos acerca de una disposición importante del plan: su derecho a inscribirse en el plan en virtud de su "cláusula de inscripción especial" si tiene un nuevo dependiente o si rechaza la cobertura de este plan para sí mismo o un dependiente elegible mientras la otra cobertura esté vigente y, luego, pierde esa otra cobertura por ciertas razones que lo hacen elegible.

**Pérdida de Otra Cobertura (Excepto Medicaid o un Programa Estatal de Seguro Médico para Niños).** Si rechaza la inscripción de sí mismo o sus dependientes elegibles (incluido su cónyuge o pareja) debido a otro seguro de salud o cobertura de plan de salud grupal vigente, puede inscribirse a sí mismo y sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir a su cobertura o a la de sus dependientes). Sin embargo, usted debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días después de que su cobertura o la de sus dependientes termine (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).

**Pérdida de Cobertura de Medicaid o un Programa Estatal de Seguro Médico para Niños.** Si rechaza la inscripción de sí mismo o un dependiente elegible (incluido su cónyuge o pareja) mientras la cobertura de Medicaid o un programa estatal de seguro médico para niños esté vigente, es posible que pueda inscribirse e inscribir a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la finalización de su cobertura o la de sus dependientes en virtud de Medicaid o un programa estatal de seguro médico para niños.

**Nuevo Dependiente por Matrimonio, Nacimiento, Adopción o Acuerdo de Adopción.** Si tiene un nuevo dependiente como resultado del matrimonio, nacimiento, adopción o acuerdo de adopción, puede inscribirse a sí mismo y a sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o acuerdo de adopción.

**Elegibilidad para la Asistencia de Prima en Virtud de Medicaid o un Programa Estatal de Seguro Médico para Niños:** Si usted o sus dependientes (incluido su cónyuge o pareja) reúnen los requisitos para un subsidio estatal de asistencia de prima de Medicaid o a través de un programa estatal de seguro médico para niños en relación con la cobertura de este plan, es posible que pueda inscribirse e inscribir a sus dependientes en este plan. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la determinación de su elegibilidad o la de sus dependientes para dicha asistencia.

Para solicitar una inscripción especial u obtener más información sobre las cláusulas de inscripción especial del plan, comuníquese con Servicios Compartidos al 303.871.7420 o [benefits@du.edu](mailto:benefits@du.edu).

## Advertencia Importante

Si rechaza la inscripción para sí mismo o un dependiente elegible, debe completar nuestro formulario para rechazar la cobertura. En el formulario, debe indicar que la cobertura de otro plan de salud grupal u otra cobertura de seguro de salud (incluidos Medicaid o un programa estatal de seguro de salud para niños) es el motivo por el que rechaza la inscripción y debe identificar dicha cobertura. Si no completa el formulario, usted y sus dependientes no podrán acceder a los derechos especiales de inscripción tras la pérdida de otra cobertura como se describió anteriormente, pero usted seguirá teniendo derechos especiales de inscripción cuando tenga un nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o acuerdo de adopción, o si obtiene la elegibilidad para un subsidio estatal de asistencia para pagar las primas de parte de Medicaid o a través de un programa estatal de seguro médico para niños en relación con la cobertura de este plan, como se describió anteriormente. Si no obtiene derechos especiales de inscripción por la pérdida de otra cobertura, no puede inscribirse ni inscribir a sus dependientes en el plan en ningún momento que no sea el período anual de inscripción abierta del plan, a menos que se apliquen derechos especiales de inscripción debido a un nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción, o acuerdo de adopción, o en virtud de obtener la elegibilidad para un subsidio estatal de asistencia para las primas de Medicaid o a través de un programa estatal de seguro médico para niños en relación con la cobertura de este plan.

## Recordatorio del Aviso de Prácticas de Privacidad de la Ley HIPAA

### Protección de sus Derechos de Privacidad de la Información de Salud

La Universidad de Denver está comprometida con la privacidad de su información de salud. Los administradores del Plan de Salud de la Universidad de Denver (el "Plan") se rigen por estrictas normas de privacidad para proteger su información de salud contra el uso o la divulgación no autorizados.

Las políticas del Plan que protegen sus derechos de privacidad y sus otros derechos en virtud de la ley se describen en el Aviso de Prácticas de Privacidad del Plan. Puede solicitar una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad comunicándose con Servicios Compartidos al 303.871.7420 o [benefits@du.edu](mailto:benefits@du.edu).

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

Si ha tenido o va a someterse a una mastectomía, es posible que tenga derecho a ciertos beneficios según la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998 (“Ley WHCRA”). Para las personas que reciben beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se brindará de la manera determinada en consulta con el médico tratante y el paciente para lo siguiente:

- Todas las etapas de reconstrucción de la mama que pasó por la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para lograr una apariencia simétrica;
- Prótesis, y
- Tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema.

Estos beneficios se brindarán sujetos a los mismos deducibles y coseguros que se aplican a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados por el plan. Por lo tanto, se aplican los siguientes deducibles y coseguros:

**Plan 1: Plan de Copago (Individual: 20 % de coseguro y \$0 de deducible; Familiar: 20 % de coseguro y \$0 de deducible)**

**Plan 2: Plan HDHP (Individual: 20 % de coseguro y \$1,500 de deducible; Familiar: 20 % de coseguro y \$3,000 de deducible)**

Si desea obtener más información sobre los beneficios de la Ley WHCRA, llame a Servicios Compartidos al 303.871.7420 o [benefits@du.edu](mailto:benefits@du.edu).

## **Ley de Protección de la Salud del Recién Nacido y de la Madre**

Los planes de salud de grupo y las entidades emisoras de seguros de salud generalmente no pueden, según la ley federal, restringir los beneficios por la duración de la hospitalización relacionada con el parto de la madre o del recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal o menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe que el proveedor tratante de la madre o del recién nacido, después de consultar con la madre, dé de alta a la madre o al recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, los planes y las entidades emisoras no pueden, según la ley federal, exigir que un proveedor obtenga la autorización del plan o del emisor del seguro para recetar una hospitalización con una duración que no supere las 48 horas (o 96 horas).

## **Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de Servicios Uniformados (USERRA)**

La Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados (USERRA, por sus siglas en inglés) se promulgó en 1994 después de la acción militar de EE. UU. en el golfo Pérsico. La Ley USERRA prohíbe la discriminación contra personas sobre la base de la membresía en los servicios uniformados en relación con cualquier aspecto del empleo. Desde su promulgación, la Ley USERRA ha sido modificada y expandida por leyes federales adicionales, como la Ley de Mejora de Beneficios para Veteranos del 2008 (Ley del 2008). Comuníquese con Recursos Humanos para obtener detalles adicionales sobre la Ley USERRA.

## **Ley de Paridad en la Salud Mental e Igualdad en la Adicción del 2008 (“Ley de Wellstone”)**

Conforme a la Ley Wellstone, los planes de salud para grupos grandes (es decir, los empleadores que emplean 51 o más empleados) que eligen ofrecer beneficios de salud mental y abuso de sustancias en virtud de su plan de salud no tienen permitido establecer límites anuales o de por vida en dólares, así como tampoco límites de visitas al consultorio o de días de internación para 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 y quirúrgicos. Además, el plan de salud grupal debe proporcionar la misma cobertura fuera de la red para los beneficios de salud mental y abuso de sustancias que para los beneficios médicos y quirúrgicos fuera de la red.

## Sus Derechos y Protecciones contra Facturas Médicas Sorpresa

When you get emergency care or get treated by an out-of-network provider at an in-network hospital or ambulatory surgical center, you are protected from surprise billing or balance billing.

### ¿Qué es la “facturación del saldo” (a veces llamada “facturación sorpresa”)?

Cuando consulta a un médico u otro proveedor de atención médica, puede que deba pagar ciertos costos de bolsillo, como un copago, coseguro o deducible. Es posible que tenga otros gastos o deba pagar la factura completa si visita a un proveedor o centro de atención médica que no pertenezca a la red de su plan de salud.

“Fuera de la red” equivale a los proveedores y centros que no han firmado un contrato con su plan de salud. Los proveedores fuera de la red pueden tener permitido facturarle la diferencia entre lo que su plan acordó pagar y el monto total cobrado por un servicio. Esto se denomina “**facturación del saldo**”. Es probable que este monto sea mayor que los costos dentro de la red para el mismo servicio y puede que no se tenga en cuenta para su límite anual de gastos de bolsillo.

La “facturación sorpresa” es una facturación del saldo inesperada. Esto puede suceder cuando no puede controlar quién está involucrado en su atención, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una visita en un centro dentro de la red, pero recibe un tratamiento inesperado de un proveedor fuera de la red.

### Está protegido de la facturación del saldo en los siguientes casos:

#### **Servicios de emergencia**

Si tiene una afección médica de emergencia y recibe servicios de emergencia de un proveedor o centro fuera de la red, lo máximo que el proveedor o centro puede facturar es el monto de distribución de costos dentro de la red de su plan (como copagos y coseguro). No se le puede cobrar la facturación del saldo por estos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que podría recibir después de estar estable, a menos que otorgue su consentimiento por escrito y renuncie a las protecciones de no facturación del saldo de estos servicios posteriores a la estabilización.

#### **Ciertos servicios en un hospital o centro de cirugía ambulatoria dentro de la red**

Cuando recibe servicios de un hospital o centro de cirugía ambulatoria dentro de la red, puede que algunos proveedores no pertenezcan a la red. En estos casos, el máximo que esos proveedores pueden facturarle es el monto de distribución de costos dentro de la red de su plan. Esto se aplica a medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, cirujano auxiliar, médico de hospital o servicios del intensivista. Estos proveedores no pueden cobrarle más de lo acordado ni pedirle que renuncie a sus protecciones contra la facturación del saldo.

Si recibe otros servicios en estos centros dentro de la red, los proveedores fuera de la red no pueden facturarle el saldo, a menos que otorgue su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones.

**Nunca estará obligado a renunciar a sus protecciones contra la facturación del saldo. Tampoco está obligado a recibir atención fuera de la red. Puede elegir un proveedor o centro que esté dentro de la red de su plan.**

**Cuando no se permite la facturación del saldo, también cuenta con las siguientes protecciones:**

- Solo es responsable de pagar su parte del costo (como los copagos, el coseguro y los deducibles que pagaría si el proveedor o el centro estuviera dentro de la red). Su plan de salud pagará directamente a los proveedores y centros fuera de la red.

Por lo general, su plan de salud debe cumplir con lo siguiente:

- Cubrir los servicios de emergencia sin exigir que usted obtenga la aprobación por adelantado de los servicios (autorización previa).
- Cubrir los servicios de emergencia prestados por proveedores fuera de la red.
- Calcular lo que usted le debe al proveedor o centro (distribución de costos) según lo que le pagaría a un proveedor o centro de la red y mostrarle ese monto en su explicación de beneficios.
- Contabilizar cualquier monto que pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red en relación con el deducible y límite de gastos de bolsillo.

**Si cree que le han cobrado incorrectamente**, puede comunicarse con el 1-800-985-3059.

Para Colorado, visite [doi.colorado.gov](http://doi.colorado.gov).

Visite [www.cms.gov/nosurprises/consumer](http://www.cms.gov/nosurprises/consumer) para obtener más información sobre sus derechos según la ley federal.

Visite [www.doi.colorado.gov](http://www.doi.colorado.gov) para obtener más información sobre sus derechos en virtud de las leyes de Colorado.

## **Asistencia de primas de Medicaid y el Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP)**

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o el CHIP y usted es elegible para la cobertura médica de su empleador, es posible que su estado tenga un programa de asistencia de primas que puede ayudar a pagar la cobertura, mediante el uso de los fondos de sus programas de Medicaid o el CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o el CHIP, no será elegible para estos programas de asistencia de primas, pero es posible que pueda comprar cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros de Salud. Para obtener más información, visite [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov).

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

Si usted o sus dependientes NO están actualmente inscritos en Medicaid o el CHIP, y cree que usted o alguno de sus dependientes podría ser elegible para uno de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o el CHIP de su estado o marque 1-877-KIDS NOW o visite [www.insurekidsnow.gov](http://www.insurekidsnow.gov) para averiguar cómo presentar la solicitud. Si reúne los requisitos, pregunte a su estado si tiene un programa que podría ayudarlo a pagar las primas de un plan patrocinado por un empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir asistencia de primas de Medicaid o el CHIP, además de ser elegibles según el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan de su empleador si aún no está inscrito. Esto se denomina una oportunidad de “inscripción especial” y **se debe solicitar la cobertura dentro de 60 días tras ser elegible para la asistencia de primas**. Si tiene alguna pregunta sobre cómo inscribirse en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo al [www.askebsa.dol.gov](http://www.askebsa.dol.gov) o llame al 1-866-444-EBSA (3272).

---

Si usted vive en uno de los siguientes estados, puede ser elegible para recibir asistencia para pagar las primas del plan de salud del empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de enero del 2022. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad:

ALABAMA: Medicaid	CALIFORNIA: Medicaid
Sitio web: <a href="http://myalhipp.com/">http://myalhipp.com/</a> Teléfono: 1-855-692-5447	Sitio web: Programa de Pago de Primas de Seguro de Salud (HIPP) <a href="http://dhcs.ca.gov/hipp">http://dhcs.ca.gov/hipp</a> Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Correo electrónico: <a href="mailto:hipp@dhcs.ca.gov">hipp@dhcs.ca.gov</a>
ALASKA: Medicaid	COLORADO: Health First Colorado (programa de Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)
Programa de Pago de Primas del Seguro de Salud de AK Sitio web: <a href="http://myakhipp.com/">http://myakhipp.com/</a> Teléfono: 1-866-251-4861 Correo electrónico: <a href="mailto:CustomerService@MyAKHIPP.com">CustomerService@MyAKHIPP.com</a> Elegibilidad para Medicaid: <a href="http://dhss.alaska.gov/dpa/Pages/medicaid/default.aspx">http://dhss.alaska.gov/dpa/Pages/medicaid/default.aspx</a>	Sitio web de Health First Colorado: <a href="https://www.healthfirstcolorado.com/">https://www.healthfirstcolorado.com/</a> Centro de contacto para miembros de Health First Colorado: 1-800-221-3943, Servicio de relevo estatal 711 CHP+: <a href="https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus">https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus</a> Servicio al Cliente de CHP+: 1-800-359-1991, Servicio de relevo estatal 711 Health Insurance Buy-In Program (HIBI) <a href="https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/health-insurance-buy-program">https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/health-insurance-buy-program</a> Servicio al cliente de HIBI: 1-855-692-6442
ARKANSAS: Medicaid	FLORIDA: Medicaid
Sitio web: <a href="http://myarhipp.com/">http://myarhipp.com/</a> Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Sitio web: <a href="https://flmedicaidtplrecovery.com/">https://flmedicaidtplrecovery.com/</a> <a href="http://flmedicaidtplrecovery.com/hipp/index.html">flmedicaidtplrecovery.com/hipp/index.html</a> Teléfono: 1-877-357-3268

<b>GEORGIA: Medicaid</b>	<b>MAINE: Medicaid</b>
<p>Sitio web de HIPP de A: <a href="https://medicaid.georgia.gov/health_insurance-premium-payment-program-hipp">https://medicaid.georgia.gov/health_insurance-premium-payment-program-hipp</a>  Teléfono: 678-564-1162, presione 1  Sítio web de CHIPRA de GA: <a href="https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra">https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra</a>  Teléfono: (678) 564-1162, presione 2</p>	<p>Sitio web de inscripción: <a href="https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms">https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms</a>  Teléfono: 1-800-442-6003  TTY: Servicio de relevo 711 de Maine  Sítio web de la prima del seguro médico privado: <a href="https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms">https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms</a>  Teléfono: (800) 977-6740 TTY: Servicio de relevo 711 de Maine</p>
<b>INDIANA: Medicaid</b>	<b>Massachusetts: Medicaid y CHIP</b>
<p>Plan Healthy Indiana para adultos de bajos ingresos 19-64  Sítio web: <a href="http://www.in.gov/fssa/hip/">http://www.in.gov/fssa/hip/</a>  Teléfono: 1-(877) 438-4479  Todos los demás Medicaid  Sítio web: <a href="https://www.in.gov/medicaid/">https://www.in.gov/medicaid/</a>  Teléfono 1-(800) 457-4584</p>	<p>Sítio web: <a href="https://www.mass.gov/masshealth/pa">https://www.mass.gov/masshealth/pa</a>  Teléfono: 1-800-862-4840</p>
<b>IOWA: Medicaid y CHIP (Hawki)</b>	<b>MINNESOTA: Medicaid</b>
<p>Sítio web de Medicaid: <a href="http://dhs.iowa.gov/ime/members">http://dhs.iowa.gov/ime/members</a>  Teléfono de Medicaid: 1-(800) 338-8366  Sítio web de Hawki: <a href="http://dhs.iowa.gov/Hawki">http://dhs.iowa.gov/Hawki</a>  Teléfono de Hawki: 1-(800) 257-8563  Sítio web de HIPP: <a href="https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp">https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp</a>  Teléfono de HIPP: 1-888-346-9562</p>	<p>Sítio web: <a href="http://mn.gov/dhs/people-we-serve/seniors/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp">http://mn.gov/dhs/people-we-serve/seniors/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp</a>  Teléfono: (800) 657-3739</p>
<b>KANSAS: Medicaid</b>	<b>MISURI: Medicaid</b>
<p>Sítio web: <a href="https://www.kancare.ks.gov/">https://www.kancare.ks.gov/</a>  Teléfono: (800) 792-4884</p>	<p>Sítio web: <a href="http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm">http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm</a>  Teléfono: (573) 751-2005</p>
<b>KENTUCKY: Medicaid</b>	<b>MONTANA: Medicaid</b>
<p>Programa de Pago de Primas del Seguro de Salud Integrado de Kentucky (KI-HIPP)  Sítio web: <a href="https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx">https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx</a>  Teléfono: 1-855-459-6328  Correo electrónico: KIHIPP.PROGRAM@ky.gov  Sítio web de KCHIP: <a href="https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx">https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx</a>  Teléfono: 1-877-524-4718  Sítio web de Medicaid de Kentucky: <a href="https://chfs.ky.gov">https://chfs.ky.gov</a></p>	<p>Sítio web: <a href="http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthCarePrograms/HIPP">http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthCarePrograms/HIPP</a>  Teléfono: 1-(800) 694-3084</p>
<b>LOUISIANA: Medicaid</b>	<b>NEBRASKA: Medicaid</b>
<p>Sítio web: <a href="http://www.medicaid.la.gov">www.medicaid.la.gov</a> o <a href="http://www.ldh.la.gov/lahipp">www.ldh.la.gov/lahipp</a>  Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)</p>	<p>Sítio web: <a href="http://www.ACCESSNebraska.ne.gov">http://www.ACCESSNebraska.ne.gov</a>  Teléfono: (855) 632-7633  Lincoln: (402) 473-7000  Omaha: (402) 595-1178</p>

NEVADA: Medicaid	CAROLINA DEL SUR: Medicaid
Sitio web de Medicaid: <a href="http://dhcfp.nv.gov">http://dhcfp.nv.gov</a> Teléfono de Medicaid: 1-(800) 992-0900	Sitio web: <a href="http://www.scdhhs.gov">http://www.scdhhs.gov</a> Teléfono: 1-(888) 549-0820
NUEVO HAMPSHIRE: Medicaid	DAKOTA DEL SUR: Medicaid
Sitio web: <a href="https://www.dhhs.nh.gov/oi/hipp.htm">https://www.dhhs.nh.gov/oi/hipp.htm</a> Teléfono: (603) 271-5218 Número gratuito para el programa HIPP: (800) 852-3345 ext. 5218	Sitio web: <a href="http://dss.sd.gov">http://dss.sd.gov</a> Teléfono: 1-(888) 828-0059
NUEVA JERSEY: Medicaid y CHIP	TEXAS: Medicaid
Sitio web de Medicaid: <a href="http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/">http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/</a> Teléfono de Medicaid: (609) 631-2392 Sitio web de CHIP: <a href="http://www.njfamilycare.org/index.html">http://www.njfamilycare.org/index.html</a> Teléfono del CHIP: 1-(800) 701-0710	Sitio web: <a href="http://gethipptexas.com/">http://gethipptexas.com/</a> Teléfono: 1-(800) 440-0493
NUEVA YORK: Medicaid	UTAH: Medicaid y CHIP
Sitio web: <a href="http://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/">http://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/</a> Teléfono: (800) 541-2831	Sitio web de Medicaid: <a href="http://medicaid.utah.gov/">http://medicaid.utah.gov/</a> Sitio web de CHIP: <a href="http://health.utah.gov/chip">http://health.utah.gov/chip</a> Teléfono: 1-(877) 543-7669
CAROLINA DEL NORTE: Medicaid	VERMONT: Medicaid
Sitio web: <a href="http://medicaid.ncdohs.gov/">http://medicaid.ncdohs.gov/</a> Teléfono: (919) 855-4100	Sitio web: <a href="http://www.greenmountaincare.org/">http://www.greenmountaincare.org/</a> Teléfono: 1-(800) 250-8427
DAKOTA DEL NORTE: Medicaid	VIRGINIA: Medicaid y CHIP
Sitio web: <a href="http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/">http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/</a> Teléfono: 1-(844) 854-4825	Sitio web: <a href="https://www.coverva.org/en/hipp">https://www.coverva.org/en/hipp</a> <a href="https://www.coverva.org/en/famis-select">https://www.coverva.org/en/famis-select</a> Teléfono de Medicaid: 1-(800) 432-5924 Teléfono de CHIP: 1-(800) 432-5924
OKLAHOMA: Medicaid y CHIP	WASHINGTON: Medicaid
Sitio web: <a href="http://www.insureoklahoma.org">http://www.insureoklahoma.org</a> Teléfono: 1-(888) 365-3742	Sitio web: <a href="https://www.hca.wa.gov/">https://www.hca.wa.gov/</a> Teléfono: 1-(800) 562-3022
OREGÓN: Medicaid	VIRGINIA OCCIDENTAL: Medicaid
Sitio web: <a href="http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx">http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx</a> <a href="http://www.oregonhealthcare.gov/index-es.html">http://www.oregonhealthcare.gov/index-es.html</a> Teléfono: 1-(800) 699-9075	Sitio web: <a href="http://mywvhipp.com/">http://mywvhipp.com/</a> <a href="http://dhhr.wv.gov/bms/">http://dhhr.wv.gov/bms/</a> Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 Teléfono gratuito del CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)
PENSILVANIA: Medicaid	WISCONSIN: Medicaid
Sitio web: <a href="http://www.dhs.pa.gov/providers/Providers/Pages/Medical/HIPP-Program.aspx">http://www.dhs.pa.gov/providers/Providers/Pages/Medical/HIPP-Program.aspx</a> Teléfono: 1-(800) 692-7462	Sitio web: <a href="https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm">https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm</a> Teléfono: 1-(800) 362-3002
RHODE ISLAND: Medicaid y CHIP	WYOMING: Medicaid
Sitio web: <a href="http://www.eohhs.ri.gov/">http://www.eohhs.ri.gov/</a> Teléfono: 1-(855) 697-4347 o (401) 462-0311 (Línea Directa de Rite Share)	Sitio web: <a href="https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/">https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/</a> Teléfono: 1-(800) 251-1269

Para saber si algún otro estado ha agregado un programa de asistencia para el pago de primas desde el 31 de enero del 2022, o para obtener más información sobre los derechos especiales de inscripción, comuníquese con cualquiera de las opciones que se indican a continuación:

**Departamento de Trabajo de los Estados Unidos**  
Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados  
[www.dol.gov/agencies/ebsa](http://www.dol.gov/agencies/ebsa)  
866.444.EBSA (3272)

**Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.**  
Centros de Servicios de Medicare y Medicaid  
[www.cms.hhs.gov](http://www.cms.hhs.gov)  
877.267.2323, opción de menú 4, ext. 61565

#### Declaración de la Ley de Reducción de Trámites

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Pub. L. 104-13) (PRA), ninguna persona está obligada a responder a un registro de información, a menos que dicho registro muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El Departamento señala que un organismo federal no puede realizar ni patrocinar un registro de información, a menos que sea aprobado por la OMB según la PRA y muestre un número de control de la OMB actualmente válido. Además, el público no está obligado a responder a un registro de información, a menos que muestre un número de control de la OMB válido actualmente. Consulte 44 U.S.C. 3507. Además, sin perjuicio de cualquier otra disposición de la ley, ninguna persona estará sujeta a una penalización por no cumplir con un registro de información si este no muestra un número de control de la OMB actualmente válido. Consulte 44 U.S.C. 3512.

Se calcula que la carga informativa pública para este registro de información es de un promedio de aproximadamente siete minutos por encuestado. Se alienta a las partes interesadas a enviar comentarios sobre la estimación de la carga o cualquier otro aspecto de este registro de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, al Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, la Administración de Seguridad de los Beneficios para los Empleados, la Oficina de Pólizas e Investigación, Atención: Oficial de autorización de la PRA, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210 o correo electrónico [ebsa.opr@dol.gov](mailto:ebsa.opr@dol.gov) y referencia al número de control de la OMB 1210-0137.

Número de control de la OMB 1210-0137 (vence el 31 de enero del 2023)

## **Ley de Imparcialidad para Trabajadoras Embarazadas C.R.S. § 24-34-402.3**

En virtud de la Ley de Imparcialidad para Trabajadoras Embarazadas, es una práctica laboral discriminatoria o injusta que un empleador no proporcione las adaptaciones razonables para una solicitante o empleada que está embarazada, se recupera físicamente del parto o de una afección relacionada.

### **Requisitos:**

En virtud de la Ley, si una solicitante o empleada que está embarazada o tiene una afección relacionada con el embarazo o el parto solicita una adaptación, el empleador debe participar en el proceso interactivo con la solicitante o empleada y proporcionar una adaptación razonable para que pueda desempeñar las funciones esenciales de su cargo, a menos que la adaptación imponga una inconveniencia excesiva en el negocio del empleador.

La Ley identifica las adaptaciones razonables como, por ejemplo, las siguientes:

- brindar períodos de descanso más frecuentes o más largos;
- descansos más frecuentes para ir al baño, comer y beber agua;
- adquisición o modificación de equipos o asientos;
- limitaciones respecto del levantamiento de carga;
- traslado temporal a una posición menos extenuante o peligrosa, si está disponible, con regreso a la posición actual después del embarazo;
- reestructuración laboral;
- trabajo ligero, si está disponible;
- asistencia con el trabajo manual o modificación del horario de trabajo.

La Ley prohíbe que se exija a una solicitante o empleada aceptar una adaptación que no ha solicitado o no es necesaria para que la solicitante o empleada desempeñe las funciones esenciales del trabajo.

### **Alcance de las adaptaciones obligatorias:**

Una adaptación se considera no razonable si el empleador tiene que contratar nuevos empleados que, de otro modo, no habría contratado, despedar a un empleado, transferir a otro empleado con más antigüedad, ascender a otro empleado que no está calificado para realizar el nuevo trabajo, crear un nuevo puesto para la empleada o proporcionarle una licencia remunerada a la empleada que supera lo que se proporciona a los empleados en una situación similar.

En virtud de la Ley, una adaptación razonable no debe suponer una “inconveniencia excesiva” para el empleador. Las inconveniencias excesivas se refieren a una acción que supone una dificultad o gasto significativo para el empleador. Se consideran los siguientes factores para determinar si el empleador tiene inconveniencias excesivas:

- la naturaleza y el costo de la adaptación;
- los recursos financieros generales del empleador;
- el tamaño general del negocio del empleador;
- el efecto de la adaptación en los gastos y recursos o su efecto en las operaciones del empleador;

Si el empleador ha proporcionado una adaptación similar a otras clases de empleados, la Ley estipula que existe una suposición refutable de que la adaptación no impone una inconveniencia excesiva.

### **Prohibición de represalias:**

La Ley prohíbe a un empleador tomar medidas adversas contra una empleada que solicite o utilice una adaptación razonable y denegar oportunidades de empleo a una postulante o empleada en función de la necesidad de hacer una adaptación razonable.

## Aviso General de COBRA

### Modelo de Aviso General de los Derechos de Continuidad de Cobertura en Virtud de la Ley COBRA (Para uso de los planes de salud grupal de un solo empleador)

#### \*\* Continuidad de Cobertura en Virtud de la Ley COBRA \*\*

##### Introducción

El motivo por el cual recibe este aviso es porque recientemente obtuvo la cobertura de un plan de salud grupal (el Plan). Este aviso contiene información importante sobre su derecho a la continuación de la cobertura en virtud de la Ley COBRA, que es una extensión temporal de la cobertura del Plan. **En este aviso, se explica la continuación de la cobertura en virtud de la Ley COBRA, cuándo puede estar disponible para usted y su familia, y qué debe hacer para proteger su derecho a obtenerla.** Cuando pasa a ser elegible para la Ley COBRA, también puede ser elegible para otras opciones de cobertura que pueden costar menos que la continuación de la cobertura de conformidad con esta ley.

El derecho a la continuación de la cobertura en virtud de la Ley COBRA fue creado mediante una ley federal, la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (del inglés Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA). La continuación de la cobertura según la Ley COBRA puede estar disponible para usted y otros miembros de su familia cuando, de otro modo, la cobertura médica de grupo terminaría. Para obtener más información sobre sus derechos y obligaciones en virtud del Plan y la ley federal, debe revisar la Descripción Resumida del Plan o comunicarse con el Administrador del Plan.

**Es posible que tenga otras opciones disponibles cuando pierda la cobertura médica grupal.** Por ejemplo, puede ser elegible para comprar un plan individual a través del Mercado de Seguros de Salud. Al inscribirse en la cobertura a través del Mercado de Seguros de Salud, puede calificar para menores costos de primas mensuales y de bolsillo. Además, puede calificar para un período de inscripción especial de 30 días en otro plan de salud grupal para el que sea elegible (como el plan de un cónyuge o pareja), incluso si ese plan generalmente no acepta inscripciones tardías.

##### ¿Qué es la continuación de cobertura en virtud de la Ley COBRA?

La continuación de la cobertura en virtud de la Ley COBRA es una continuación de la cobertura del plan cuando, de otro modo, finalizaría debido a un evento de la vida. Esto también se denomina “evento calificado”. Los eventos calificados específicos se muestran en una lista más adelante en este aviso. Después de un evento calificado, se debe ofrecer la continuación de la cobertura en virtud de la Ley COBRA a cada persona que sea un “beneficiario calificado”. Usted, su cónyuge o pareja y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios calificados si la cobertura del Plan se pierde debido al evento calificado. De conformidad con el Plan, los beneficiarios calificados que eligen la continuación de la cobertura en virtud de la Ley COBRA deben pagar por ella.

Si usted es un empleado, se convertirá en un beneficiario calificado si pierde la cobertura del Plan debido a los siguientes eventos calificados:

- Sus horas de empleo se reducen, o
- Su empleo finaliza por cualquier motivo que no sea una falta grave de su parte.

Si usted es el cónyuge o pareja de un empleado, se convertirá en un beneficiario calificado si pierde la cobertura del Plan debido a los siguientes eventos calificados:

- Muerte de su cónyuge o pareja;
- Se reducen las horas de empleo de su cónyuge o pareja;
- El empleo de su cónyuge o pareja finaliza por cualquier razón que no sea una falta grave de su parte;
- Su cónyuge o pareja tiene derecho a los beneficios de Medicare (en virtud de la Parte A, la Parte B o ambas), o
- Usted se divorcia o separa legalmente de su cónyuge o pareja.

Sus hijos dependientes se convertirán en beneficiarios calificados si pierden la cobertura del Plan debido a los siguientes eventos calificados:

- El padre empleado muere;
- Se reducen las horas de empleo del padre empleado;
- El empleo del padre empleado finaliza por cualquier razón que no sea una falta grave de su parte;
- El padre empleado tiene derecho a los beneficios de Medicare (en virtud de la Parte A, la Parte B o ambas);
- Los padres se divorcian o separan legalmente, o
- El hijo deja de ser elegible para la cobertura del Plan como “hijo dependiente”.

## **¿Cuándo está disponible la continuación de la cobertura en virtud de la Ley COBRA?**

El Plan ofrecerá la continuación de la cobertura en virtud de la Ley COBRA a los beneficiarios calificados solo después de que se haya notificado al Administrador del Plan que ha ocurrido un evento calificado. El empleador debe notificar al Administrador del Plan sobre los siguientes eventos calificados:

- El fin del empleo o la reducción de las horas de trabajo;
- Muerte del empleado, o
- El empleado tiene derecho a los beneficios de Medicare (en virtud de la Parte A, la Parte B o ambas).

**Para todos los demás eventos calificados (divorcio o separación legal del empleado y del cónyuge o pareja, o la pérdida de la elegibilidad para la cobertura de un hijo dependiente), debe notificar al Administrador del Plan dentro de los 60 días posteriores a que ocurra el evento calificado. Debe enviar esta notificación a: Jeron Lowe.**

## **¿Cómo se proporciona la continuación de la cobertura en virtud de la Ley COBRA?**

Una vez que el Administrador del Plan reciba el aviso de que ha ocurrido un evento calificado, se ofrecerá la continuación de la cobertura en virtud de la Ley COBRA a cada uno de los beneficiarios calificados. Cada beneficiario calificado tendrá un derecho independiente a elegir la continuación de la cobertura de conformidad con la Ley COBRA. Los empleados cubiertos pueden elegir la continuación de la cobertura en virtud de la Ley COBRA en nombre de sus cónyuges o parejas, y los padres pueden elegir la continuación de la cobertura en nombre de sus hijos.

La continuación de la cobertura en virtud de la Ley COBRA es una continuación temporal de la cobertura que generalmente dura 18 meses debido a la finalización del empleo o la reducción de las horas de trabajo. Ciertos eventos calificados, o un segundo evento calificado durante el período inicial de cobertura, pueden permitir que un beneficiario reciba un máximo de 36 meses de cobertura.

También hay formas en las que este período de 18 meses de continuación de la cobertura en virtud de la Ley COBRA puede extenderse:

### ***Extensión por discapacidad del período de 18 meses de continuación de la cobertura en virtud de la Ley COBRA***

Si la Seguridad Social determina que usted o un familiar cubierto por el Plan es discapacitado, y usted notifica al Administrador del Plan de manera oportuna, usted y toda su familia pueden tener derecho a obtener hasta 11 meses adicionales de continuación de la cobertura de conformidad con la Ley COBRA por un máximo de 29 meses. La discapacidad tendría que haber comenzado en algún momento antes del día 60 de la continuación de la cobertura en virtud de la Ley COBRA y debe durar, al menos, hasta el final del período de 18 meses de dicha continuación de la cobertura.

### ***Segunda extensión del evento calificado del período de continuación de la cobertura de 18 meses***

Si su familia experimenta otro acontecimiento calificado durante los 18 meses de continuación de la cobertura en virtud de la Ley COBRA, el cónyuge o pareja y los hijos dependientes de su familia pueden obtener hasta 18 meses adicionales de continuación de la cobertura en virtud de la Ley COBRA, por un máximo de 36 meses, si el Plan recibe una notificación adecuada sobre el segundo evento calificado. Esta extensión puede estar disponible para el cónyuge o pareja y cualquier hijo dependiente que reciba la continuación de la cobertura de conformidad con la Ley COBRA si el empleado o empleado muere; tiene derecho a los beneficios de Medicare (en virtud de la Parte A, la Parte B o ambas); se divorcia o separa legalmente, o si el hijo dependiente deja de ser elegible según el Plan como hijo dependiente. Esta extensión solo estará disponible si el segundo evento calificado hubiera causado que el cónyuge, pareja o hijo dependiente perdiera la cobertura del Plan si el primer evento calificado no hubiera ocurrido.

## **¿Hay otras opciones de cobertura además de la continuación de cobertura en virtud de la Ley COBRA?**

Sí. En lugar de inscribirse en la continuación de la cobertura en virtud de la Ley COBRA, puede haber otras opciones de cobertura para usted y su familia a través del Mercado de Seguros de Salud, Medicare, Medicaid, el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) u otras opciones de cobertura del plan de salud grupal (como el plan del cónyuge o pareja) a través de lo que se denomina "período de inscripción especial". Algunas de estas opciones pueden costar menos que la continuación de la cobertura en virtud de la Ley COBRA. Puede obtener más información sobre muchas de estas opciones en [www.healthcare.gov/](http://www.healthcare.gov/).

**¿Puedo inscribirme en Medicare, en lugar de optar a la continuación de la cobertura en virtud de la Ley COBRA, después de que finalice la cobertura de mi plan de salud grupal?**

En general, si no se inscribe en Medicare Parte A o B cuando es elegible por primera vez porque todavía está empleado, después del período de inscripción inicial de Medicare, tiene un período<sup>1</sup> de inscripción especial de 8 meses para inscribirse en Medicare Parte A o B, a partir de

- El mes después de la finalización de su empleo, o
- El mes después de la finalización de la cobertura del plan de salud grupal del empleo actual.

Si no se inscribe en Medicare y elige optar a la continuación de la cobertura en virtud de la Ley COBRA, puede que deba pagar una multa por inscripción tardía en la Parte B y que tenga una brecha en la cobertura si decide más adelante que quiere inscribirse en la Parte B. Si elige la continuación de la cobertura en virtud de la Ley COBRA y, luego, se inscribe en Medicare Parte A o B antes de que finalice la continuación de dicha cobertura, el Plan puede finalizar la continuación de la cobertura. Sin embargo, si Medicare Parte A o B entra en vigor a partir de la fecha de la elección de la continuación de la cobertura de la Ley COBRA o antes, la cobertura en virtud de la Ley COBRA no puede interrumpirse, de conformidad con los derechos de Medicare, incluso si usted se inscribe en la otra parte de Medicare después de la fecha de elección de la cobertura de la Ley COBRA.

Si está inscrito tanto en la continuación de la cobertura en virtud de la Ley COBRA como en Medicare, generalmente Medicare pagará primero (pagador primario), y la continuación de la cobertura de la Ley COBRA pagará en segundo lugar. Ciertos planes podrían actuar como pagadores secundarios de Medicare, incluso si no está inscrito en Medicare.

Para obtener más información, visite <https://www.medicare.gov/medicare-and-you>.

#### **Si tiene preguntas**

Debe dirigir las preguntas relacionadas con su Plan o sus derechos de continuación de cobertura en virtud de la Ley COBRA a los contactos que se identifican a continuación. Para obtener más información sobre sus derechos en virtud de la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación para Empleados (ERISA, por sus siglas en inglés), incluida la Ley COBRA, la Ley de Protección al Paciente y Atención Accesible, y otras leyes que afectan a los planes de salud grupales, comuníquese con la Oficina Regional o Distrital más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (EBSA, por sus siglas en inglés) del Departamento de Trabajo de EE. UU. en su área o visite [www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa). (Las direcciones y los números de teléfono de las Oficinas Regionales y Distritales de la EBSA están disponibles en el sitio web de la EBSA). Para obtener más información sobre el Mercado de Seguros de Salud, visite [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov).

#### **Mantenga informado a su Plan sobre los cambios de dirección**

Para proteger los derechos de su familia, informe al Administrador del Plan sobre cualquier cambio en las direcciones de los miembros de la familia. También debe conservar una copia, en sus registros, de cualquier aviso que envíe al Administrador del Plan.

#### **Información de contacto del Plan**

Universidad de Denver  
Servicios Compartidos  
2199 S. University Blvd.  
Denver, Colorado 80208  
Estados Unidos  
303.871.7420

<sup>1</sup><https://www.medicare.gov/sign-up-change-plans/how-do-i-get-parts-a-b/part-a-part-b-sign-up-periods>

## Aviso de Cobertura Acreditable

### Aviso Importante de la Universidad de Denver

#### Acerca de su Cobertura de Medicamentos Recetados y Medicare

Lea este aviso minuciosamente y manténgalo en un lugar que recuerde. Este aviso contiene información sobre la cobertura actual de medicamentos con receta de la Universidad de Denver y sobre sus opciones en virtud de la cobertura de medicamentos con receta 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, incluido qué medicamentos están cubiertos a qué 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 acerca de su cobertura de medicamentos recetados.

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

1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare se creó en el 2006 para todas las personas con Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si se une a un Plan de Medicamentos recetados de Medicare o se une a un Plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) que ofrezca cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare 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 se espera que, en general, para todos los participantes del plan, la cobertura de medicamentos recetados ofrecida por el plan médico pague tanto como paga la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y, por lo tanto, se considera una Cobertura Acreditable. Debido a que su cobertura existente es Cobertura Acreditable, puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una sanción) si luego decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

#### ¿Cuándo Puede Inscribirse en un Plan de Medicamentos de Medicare?

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

Sin embargo, si pierde su actual cobertura acreditable de medicamentos recetados, sin culpa suya, también podrá ser elegible para un SEP (del inglés Special Enrollment Period, Período especial de inscripción) de dos (2) meses para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

#### ¿Qué Ocurre con su Cobertura Actual si Decide Inscribirse en un Plan de Medicamentos de Medicare?

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, la cobertura actual de la Universidad de Denver no se verá afectada. Consulte la información que brindamos a continuación para comprender qué sucede con su cobertura actual si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Su cobertura actual cubre el pago de otros gastos de salud además de los medicamentos recetados. Si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare, usted y sus dependientes aún puede recibir todos sus beneficios actuales de salud y medicamentos recetados.

**Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y renunciar a su cobertura actual de la Universidad de Denver, tenga en cuenta que usted y sus dependientes podrán recuperar esta cobertura durante el periodo de inscripción anual en el Plan de Salud y Bienestar de la Universidad de Denver.**

#### ¿Cuándo Pagará una Prima Más Alta (sanción) para Inscribirse en un Plan de Medicamentos de Medicare?

También debe saber que si pierde o renuncia a la cobertura actual de la Universidad de Denver y no se une a un plan de medicamentos de Medicare dentro de un período de 63 días corridos a partir de la finalización de su cobertura, deberá pagar una prima más alta (sanción) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más tarde.

Una vez transcurrido el período de 63 días continuos sin cobertura acreditable de medicamentos recetados, su prima mensual puede aumentar por lo menos en un 1 % de la prima mensual del beneficiario base de Medicare por cada mes que no tenga esa cobertura. Por ejemplo, si usted pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima puede ser, de manera consistente, al menos un 19 % más alta que la prima del beneficiario base de Medicare. Es posible que tenga que pagar esta prima más alta (sanción) siempre que tenga cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que tenga que esperar hasta el siguiente mes de octubre para unirse.

**Para Obtener Más Información sobre este Aviso o su Cobertura Actual de Medicamentos Recetados...**

Comuníquese con la persona indicada a continuación para obtener más información. **NOTA:** Recibirá este aviso todos los años. También lo recibirá antes del próximo período en que pueda inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y si cambia esta cobertura de la Universidad de Denver. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

**Para Obtener Más Información sobre sus Opciones de la Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare...**

En el manual “Medicare y usted”, encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados. Cada año recibirá una copia del manual por correo de parte de Medicare. También es posible que agentes de los planes de medicamentos de Medicare se comuniquen directamente con usted.

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

- Visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia de Seguro de Salud (vea la contraportada interna de su copia del manual “Medicare y usted” para obtener el número de teléfono) con el fin de obtener ayuda personalizada.
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Si es usuario de TTY, llame al 1-877-486-2048.

Si tiene ingresos y recursos limitados, hay ayuda adicional disponible para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Para obtener información acerca de esta ayuda adicional, visite el sitio web de la Seguridad Social en [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov) o llame al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

**Recuerde: Mantenga este aviso de Cobertura Acreditable. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que se le exija que proporcione una copia de este aviso cuando se inscriba para demostrar si ha mantenido o no cobertura acreditable y, por lo tanto, si se requiere pagar una prima más alta (una sanción) o no.**

**Fecha:** 1 de julio del 2022

**Nombre de la Entidad/Remitente:** Universidad de Denver

**Cargo u Oficina del Contacto:** Servicios Compartidos

**Dirección de la Oficina:** 2199 S. University Blvd.

Denver, Colorado 80208

Estados Unidos

**Número de Teléfono:** 303.871.7420

## Aviso del Mercado

### Nuevas Opciones de Cobertura del Mercado de Seguros de Salud y Su Cobertura Médica

#### PARTE A: Información General

Cuando las partes clave de la ley de atención médica entran en vigor en el 2014, habrá una nueva manera de comprar un seguro médico: el Mercado de Seguros de Salud. Con el fin de ayudarlo a evaluar las opciones para usted y su familia, en este aviso se proporciona información básica sobre el nuevo Mercado de Seguros de Salud y la cobertura médica para empleados que ofrece su empleador.

#### ¿Qué es el Mercado de Seguros de Salud?

El Mercado de Seguros de Salud está diseñado para ayudarlo a encontrar un seguro médico que satisfaga sus necesidades y se adapte a su presupuesto. El Mercado ofrece un lugar centralizado para realizar la compra de seguros, a fin de que pueda encontrar y comparar las opciones de seguro médico privado. También puede ser elegible para un nuevo tipo de crédito fiscal que reduce su prima mensual de inmediato. La inscripción abierta en la cobertura de un seguro médico a través del Mercado comienza en octubre del 2013 para las coberturas que entran en vigor el 1 de enero del 2014.

#### ¿Puedo Ahorrar Dinero en Mis Primas de Seguro Médico Comprando en el Mercado?

Puede calificar para ahorrar dinero y reducir su prima mensual, pero solo si su empleador no ofrece cobertura u ofrece una cobertura que no cumple con ciertos estándares. Los ahorros en la prima para los que es elegible dependen de los ingresos de su hogar.

#### ¿La Cobertura Médica del Empleador Afecta la Elegibilidad para el Ahorro de Primas a través del Mercado?

Sí. Si tiene una oferta de cobertura médica de su empleador que cumple con ciertos estándares, no podrá obtener un crédito fiscal a través del Mercado, y le recomendamos que se inscriba en el plan de salud de su empleador. Sin embargo, puede ser elegible para un crédito fiscal que reduce su prima mensual o una reducción en ciertos costos compartidos si su empleador no le ofrece cobertura total o no ofrece una cobertura que cumpla con ciertos estándares. Si el costo de un plan de su empleador a cuya cobertura podría optar solo usted (y ningún otro miembro de su familia) es superior al 9.5 % de sus ingresos familiares anuales, o si la cobertura que su empleador ofrece no cumple con la norma de "valor mínimo" establecida por la Ley de Atención Médica Asequible, puede ser elegible para un crédito fiscal.<sup>2</sup>

**Nota:** Si compra un plan médico a través del Mercado de Seguros de Salud en lugar de aceptar la cobertura médica que ofrece su empleador, puede perder la contribución del empleador (si la hubiera) a la cobertura ofrecida por él. Además, esta contribución del empleador, así como la contribución del empleado a la cobertura ofrecida por el empleador, a menudo se excluye de los ingresos para fines de impuestos sobre la renta federales y estatales. Los pagos de cobertura a través del Mercado se realizan después del cobro de los impuestos.

#### ¿Cómo Puedo Obtener Más Información?

Para obtener más información acerca de la cobertura que ofrece su empleador, consulte la descripción resumida del plan o comuníquese con Jerron Lowe.

El Mercado de Seguros de Salud puede ayudarlo a evaluar las opciones de cobertura, incluida su elegibilidad para la cobertura a través del Mercado y su costo. Visite HealthCare.gov para obtener más información, la cual incluye una solicitud en línea de cobertura de seguro médico e información de contacto de un Mercado de Seguros de Salud en su área.

## **PARTE B: Información sobre la Cobertura Médica que Ofrece Su Empleador**

Esta sección contiene información sobre cualquier cobertura médica que ofrezca su empleador. Si decide completar una solicitud de cobertura en el Mercado de Seguros de Salud, se le solicitará que proporcione esta información. Esta información está numerada para corresponder con la solicitud del Mercado.

<b>3. Nombre del empleador</b> Universidad de Denver	<b>4. Número de Identificación del Empleador (EIN)</b> 84-0404231	
<b>5. Dirección del empleador</b> 2199 S. University Blvd.	<b>6. Número de teléfono del empleador</b> 303.871.7420	
<b>7. Ciudad</b> Denver	<b>8. Estado</b> Colorado	<b>9. Código postal</b> 80208
<b>10. ¿Con quién podemos comunicarnos para hablar sobre la cobertura médica de los empleados en este trabajo?</b> Servicios Compartidos		
<b>11. Número de teléfono (si es diferente del anterior)</b>	<b>12. Dirección de correo electrónico</b> <a href="mailto:benefits@du.edu">benefits@du.edu</a>	

A continuación, se presenta información básica sobre la cobertura médica que ofrece este empleador:

- Como su empleador, ofrecemos un plan de salud para

**Todos los empleados.** Los empleados elegibles son los siguientes: **Trabajo de tiempo completo durante 20 horas o más por semana**

**Algunos empleados.** Los empleados elegibles son los siguientes:

- En relación con los dependientes:

**Ofrecemos cobertura.** Los dependientes elegibles son los siguientes: **su cónyuge legal, incluidas las uniones civiles y en virtud de la common law, y su pareja de hecho (del mismo sexo y del sexo opuesto), su hijo menor de 26 años de edad y su hijo que cumple con la definición anterior de hijo, de 26 años de edad o más, y que sea física o mentalmente incapaz de ganarse la vida y dependa principalmente de usted.**

**No ofrecemos cobertura.**

**Si se marca, esta cobertura cumple con el estándar de valor mínimo, y su costo está destinado a ser asequible, según el salario del empleado.**

\*\* No obstante, si su empleador pretende que su cobertura sea asequible, aun así puede ser elegible para un descuento en la prima a través del Mercado. El Mercado usará los ingresos de su hogar, junto con otros factores, para determinar si puede ser elegible para un descuento en la prima. Si, por ejemplo, su salario varía de una semana a otra (quizás es un empleado por hora o trabaja por comisión), si esta empleado recientemente a mitad de año o si tiene otras pérdidas de ingresos, aun así puede calificar para un descuento en la prima.