



2024

Guía de información de beneficios



Directrices/evidencia de cobertura

Los resúmenes de beneficios que figuran en las páginas siguientes son solo breves resúmenes. No describen completamente la cobertura de beneficios de sus planes de salud y bienestar. Para conocer los detalles de la cobertura de beneficios, consulte la Evidencia de Cobertura del Plan. La Evidencia de Cobertura o Descripción Resumida del Plan es el documento vinculante entre el plan de salud elegido y el miembro.

Un médico del plan de salud tiene que determinar que los servicios y suministros son necesarios por razones médicas para prevenir, diagnosticar o tratar la condición médica del miembro. Estos servicios y suministros deben ser proporcionados, prescritos, autorizados o dirigidos por el médico de la red del plan de salud, a menos que el miembro se inscriba en el plan PPO, donde puede recurrir a un médico fuera de la red.

El miembro de la HMO debe recibir los servicios y suministros en un centro del plan de salud o en un centro de enfermería especializada dentro del área de servicio, salvo que se indique específicamente lo contrario en la Evidencia de Cobertura.

Para obtener detalles sobre los procedimientos de revisión y adjudicación de beneficios y reclamaciones de cada plan, consulte la Evidencia de Cobertura del Plan. Si hay alguna discrepancia entre los beneficios incluidos en este resumen y la Evidencia de Cobertura o la Descripción Resumida del Plan, prevalecerá la Evidencia de Cobertura o la Descripción Resumida del Plan.



Todos los derechos reservados. Ninguna porción de este documento se puede reproducir ni transmitir en ninguna forma ni por ningún medio, electrónico, mecánico, de fotocopiado, grabado ni de otra manera sin la previa aprobación por escrito de Marsh & McLennan Insurance Agency LLC.

Las tarifas indicadas para estos beneficios podrían estar sujetas a cambio con base en la inscripción final y/o los requisitos finales de aseguramiento. Este material tiene únicamente propósitos informativos, no es una oferta de cobertura ni consejo médico. Contiene solo una descripción general parcial de los beneficios del plan o programa y no constituye un contrato. Consulte sus documentos del Plan (Programa de beneficios, Certificado de cobertura, Acuerdo colectivo, Certificado de seguro de grupo, Folleto, Folleto-certificado, Póliza de grupo) para determinar las disposiciones contractuales vigentes, incluidos los procedimientos, las exclusiones y las limitaciones del Plan. Todos los términos y las condiciones de su plan o programa están sujetos a las leyes, reglamentos y políticas aplicables. En caso de que exista un conflicto entre su documento del Plan y esta información, el documento del Plan siempre regirá.

Descubra sus beneficios

Exploremos las opciones, programas y recursos de su plan de beneficios.



Sección	Página núm.
Elegibilidad e inscripción	4
Plan Médico	8
Cobertura suplementaria de salud	15
Bienestar del empleado	17
Dental	19
Cuidado de la vista	21
Cuentas de gastos	23
Seguro de vida e incapacidad	27
Opciones de jubilación	31
Programa de asistencia para empleados	33
Ventajas y más	35
Costos, Directorio, y Avisos obligatorios	39



Elegibilidad e
inscripción



Elegibilidad e inscripción

Es hora de contestar algunas preguntas...

¿Quién puede inscribirse?

Si usted es un empleado regular a tiempo completo que trabaja regularmente un mínimo de 20 horas semanales para la Universidad, es elegible para participar en el programa de beneficios. Los empleados elegibles también pueden optar por inscribir a los miembros de su familia, incluyendo a su cónyuge legal/pareja doméstica registrada (según se define legalmente en las leyes estatales y locales) (**en lo sucesivo, "pareja doméstica registrada"**) y/o a los hijos elegibles.

Es posible que un empleado no pueda pagar y/o recibir contribuciones del empleador antes de impuestos por el costo de los beneficios de una pareja doméstica registrada del estado que no cumpla con la definición de dependiente fiscal del empleado según la Sección 152 del IRC.

¿Cuándo comienza la cobertura?

Empleados regulares a tiempo completo: Usted es elegible para inscribirse en la fecha de contratación, pero su cobertura entrará en vigor el primer día del mes que coincida con la fecha de contratación o posterior.

Sus opciones de inscripción siguen vigentes hasta el final del año del plan de beneficios, del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024. Si no cumple con la fecha límite de inscripción, no podrá inscribirse en un plan de beneficios a menos que tenga un evento de cambio de estado durante el año del Plan. Consulte con el administrador de su plan y con el documento del plan en la Sección 125 los eventos de cambio de estado aplicables que le permitirían hacer un cambio de elección a mitad de año.



¿Cómo puedo comenzar con mi inscripción?



- Inicie sesión en Workday y haga clic en su objeto de bandeja de entrada Inscripción Abierta. Las guías están disponibles bajo la aplicación Beneficios en Workday.
- Si tiene alguna duda a la hora de completar sus formularios de inscripción, comuníquese con Recursos Humanos en scu-benefits@scu.edu



¿Qué ocurre si mis necesidades cambian durante el año?

Se permite hacer cambios en sus beneficios después del periodo de inscripción abierta si le ocurre un evento de cambio de estado según la definición del IRS. Por lo general, puede agregar o eliminar dependientes de sus beneficios, así como agregar, cancelar o cambiar la cobertura si presenta su solicitud de cambio dentro de los **30 días** siguientes al evento de cambio de estado. Algunos ejemplos de cambio de estado son:

- Matrimonio, divorcio o separación legal.
- Nacimiento o adopción de un hijo.
- Pérdida u obtención de cobertura a través de nuestra organización o de otro empleador ya sea suya o de su cónyuge.
- Fallecimiento de un dependiente.
- Se espera que un empleado (1) promedie al menos 20 horas de servicio a la semana, (2) tenga un cambio de estado de empleo en el que se espera razonablemente que promedie menos de 20 horas de servicio a la semana (incluso si sigue siendo elegible para estar inscrito en el Plan); y (3) tenga la intención de inscribirse en otro plan que proporcione la Cobertura mínima esencial (a más tardar el primer día del segundo mes siguiente al mes de revocación de la cobertura).
- Usted se inscribe, o tiene la intención de inscribirse, en un Plan médico calificado (QHP) a través del Mercado estatal o del Intercambio federal debido a la inscripción abierta o al período de inscripción especial, y la cobertura entra en vigor a más tardar el día inmediatamente posterior a la revocación de su cobertura patrocinada por el empleador.

Si su cambio durante el año es resultado de la pérdida de la elegibilidad o de la inscripción en Medicaid, Medicare o en programas estatales de seguro médico, tiene que presentar la solicitud de cambio en un plazo de 60 días. Para una explicación completa de los eventos de cambio de estado, consulte el plan de la Sección 125 de Santa Clara University.

¿Tengo que inscribirme?

Aunque la penalización federal que requiere que los individuos mantengan una cobertura de salud se ha reducido a \$0, algunos estados tienen sus propios mandatos individuales específicos para cada estado.

Para evitar pagar la penalización en algunos estados, puede obtener un seguro de salud a través de nuestro programa de beneficios o comprar cobertura en otro lugar, como por ejemplo en un Intercambio de Seguros de Salud estatal o federal.

Si desea información sobre la Reforma al sistema de cuidado de la salud y sobre el mandato individual, comuníquese con Recursos Humanos o visite www.cciio.cms.gov. También puede visitar www.coveredca.com para ver información específica del Mercado de seguros de salud estatal de Covered California.

Usted puede optar por renunciar a la cobertura médica si tiene acceso a esa cobertura a través de otro plan. Para renunciar a la cobertura, debe subir a Workday un formulario de renuncia al seguro de salud debidamente completado y con un comprobante de cobertura. Si decide renunciar a su cobertura médica, la Universidad contribuirá con \$75 por período de nómina. Es importante que note que, si renuncia a nuestra cobertura médica, debe tener una cobertura médica/de salud a través de otra fuente. También es importante tener en cuenta que, si se renuncia a la cobertura, la próxima oportunidad de inscribirse en nuestros planes de beneficios de grupo será durante la Inscripción Abierta para el año del Plan 2025, a menos que le ocurra un evento de cambio de estado.





Plan
Médico



Plan Médico

¿Qué tipo de plan le conviene?

HMO

Un Plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) requiere que seleccione un médico de atención primaria (PCP) y sus proveedores deben estar contratados con la red HMO. No se ofrece cobertura fuera de la red salvo en caso de emergencia.

Ventajas

- Menores gastos de su bolsillo.
- La atención médica es coordinada por su PCP.

Gastos de su bolsillo

Tanto los copagos como los coseguros suponen por lo general un gasto de su bolsillo menor que el de un plan PPO.

Es ideal si...

... usted prefiere una deducción de nómina más baja y se siente cómodo con un médico de cabecera que dirija su atención médica.

Nota:

Los servicios fuera de la red sin la debida referencia del médico de cabecera podrían no estar cubiertos.

HDHP

Un plan de salud con deducible alto (HDHP) combina la cobertura médica tradicional con una Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA). Como lo indica su nombre, este plan tiene un deducible alto que usted debe alcanzar antes de que el plan pague el beneficio.

- Hay ventajas fiscales con una HSA.

Es posible que la mayor parte de los gastos de su bolsillo sean por adelantado, ya que tendrá que satisfacer el deducible antes de que entre en vigor su plan.

... no suele necesitar mucha atención médica durante todo el año, este plan puede ser adecuado para usted. Hay un deducible más alto que deberá satisfacer, de manera que asegúrese de que tiene fondos reservados para pagar el deducible.

Es aconsejable llevar un registro de sus gastos de atención médica y conservar los recibos.

Tenga en cuenta que los ejemplos anteriores se utilizan solo con fines ilustrativos generales. Consulte con su departamento de Recursos Humanos para obtener información más específica en relación con su plan concreto. Si desea una vista detallada de los resúmenes de su plan médico, visite <https://scu.edu/hr/benefits/>.

Health Advocate

Para ayudarle a usted y a su familia a navegar por el sistema de salud y maximizar sus beneficios, los servicios que ofrece Health Advocate pueden ayudarle con los problemas de atención médica y las decisiones de tratamiento, y también abordar reclamaciones que requieren mucho tiempo u otras dudas.

Apoyo administrativo

- Explicar la cobertura y coordinar los beneficios.
- Investigar y resolver reclamaciones de seguros y problemas de facturación médica.
- Identificar a los principales médicos de la red utilizando el método exclusivo de evaluación de la calidad asistencial MEDIS y hacer sus citas.
- Facilitar cualquier autorización previa necesaria para servicios médicos, equipos médicos duraderos y medicamentos con receta.
- Investigar formas de reducir los costos de los medicamentos con receta y otros costos.
- Facilitar la transferencia de expedientes médicos entre médicos.

Apoyo para la toma de decisiones clínicas

- Contestar preguntas sobre diagnósticos médicos y revisar las opciones de tratamiento.
- Investigar e identificar los enfoques más recientes y avanzados de la atención médica.
- Coordinar los servicios clínicos relacionados con la atención médica e identificar a los mejores expertos y Centros de Excelencia de todo el país para consultas iniciales y segundas opiniones.
- Analizar el costo y la calidad de los servicios médicos para ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas.
- Ayudar a los empleados a prepararse para las visitas al médico, revisar los resultados y planificar futuras acciones.



Comuníquese con su defensor personal de Health Advocate sin costo en 866.695.8622.

¿Cómo encontrar un Proveedor?

Para encontrar un proveedor dentro de la red:

Kaiser

- Visite www.kp.org y seleccione “Doctors & Locations” (Médicos y ubicaciones).
- Busque por lugar, nombre del médico, especialidad médica o búsqueda avanzada.
- Utilice el menú desplegable “Health Plan” (Plan médico) y seleccione el nombre del plan.
- Aparecerán los perfiles de los médicos y los lugares disponibles.

Aetna

- Visite www.aetna.com y seleccione “Find a doctor” (Encontrar un médico)
- Bajo Guests (Visitantes), seleccione “Plan from an employer” (Plan de un empleador)
- Bajo Continue as Guest (Continuar como visitante), introduzca su código postal y radio preferido y seleccione Search (Buscar)
- Desde aquí seleccione el plan que le interesa para verificar si su proveedor está dentro de la red, los planes disponibles a través de SCU incluyen:
 - Para el plan Aetna AWH HMO:
 - Bajo los planes Aetna Whole Health seleccione lo siguiente:
 - (CA) Aetna Whole HealthSM - Northern California HMO (sustituto de Blue Shield Trio HMO)
 - Para el plan Aetna HMO:
 - Bajo los planes estándar de Aetna, seleccione lo siguiente:
 - HMO (sustituto del Blue Shield Access+ HMO)
 - Para el plan Aetna PPO con HSA (HDHP):
 - En Planes de acceso abierto de Aetna seleccione lo siguiente:
 - OA Managed Choice POS HDHP (OAMC) (sustituto del Blue Shield PPO Savings)
- Una vez que haya seleccionado el plan arriba indicado, podrá buscar proveedores, centros de atención urgente, hospitales, proveedores de atención para salud mental, etc.



Beneficios de medicamentos con receta (Rx)

Muchos medicamentos con receta aprobados por la FDA están cubiertos a través del programa de beneficios. Los planes de medicamentos con receta por niveles requieren distintos niveles de pago dependiendo del nivel del medicamento.



Formulario de genéricos (Nivel 1): Los medicamentos genéricos contienen los mismos principios activos que sus homólogos de marca, pero son más económicos.



Medicamentos de marca (Nivel 2): Un medicamento de marca solo puede ser producido por un fabricante específico y ha demostrado ser el más eficaz de su clase.



Medicamentos fuera del formulario (Nivel 3): Aunque pueden recetarle medicamentos que no están en el formulario, este tipo de medicamentos no figura en la lista de medicamentos preferidos de la compañía de seguros. Esto se debe a que existe una alternativa que ha demostrado ser igual de eficaz y segura, pero de menor costo. Pida a su médico o farmacéutico información adicional sobre la opción genérica.



Medicamentos con receta especializados (Nivel 4): Los medicamentos especializados suelen utilizarse para el tratamiento de afecciones crónicas o complejas y pueden requerir un almacenamiento especial o una estrecha vigilancia.



¿Por qué pagar más por los medicamentos con receta?



Use los pedidos por correo

Ahorre tiempo y dinero utilizando un servicio de pedidos por correo para los medicamentos de mantenimiento. Se le enviará un suministro para 90 días de su medicamento, en vez del típico suministro para 30 días de una farmacia minorista. Visite www.kp.org o www.aetna.com para inscribirse en el servicio de entrega de pedidos por correo.



Compare precios

Algunas farmacias, como las de los clubes de almacenes o tiendas de descuento, pueden ofrecer medicamentos con receta a precios más bajos que otras. Llame antes para determinar qué farmacia le proporciona el precio más competitivo.



Opciones de venta libre

Para dolencias comunes, los medicamentos de venta libre pueden proporcionar una alternativa menos costosa que cumpla el mismo propósito que los medicamentos con receta.

“Necesito atención médica específica! ¿Cuánto cuesta?”

Reseña del Plan	Plan de Kaiser HMO
Descripción del Plan	Todos sus servicios de atención médica deberán ser proporcionados por los proveedores y las instalaciones de Kaiser.
Deducible anual por año calendario	
Individual	Ninguno
Familiar	Ninguno
Máximo de gastos de su bolsillo por año calendario ⁽¹⁾	
Individual	\$1,500
Familiar	\$3,000
Máximo de por vida	
Individual	Sin límite
Servicios profesionales	
Médico de atención primaria (PCP)/Visita al consultorio del especialista	Copago de \$20/Copago de \$20
Exámenes físicos de rutina y cuidados preventivos	Sin copago
Radiografías y laboratorios de diagnóstico	Con cobertura del 100 %
Servicios de quiropráctica/acupuntura	Copago de \$15; limitado a 30 visitas por año calendario
Servicios de óptica	Asignación de \$175 para anteojos cada 2 años
Beneficio de aparatos auditivos	Asignación de \$2,500 por dispositivo; 1 dispositivo por oído; 2 dispositivos cada 3 años
Servicios de hospital	
Habitación y alimentación	Copago de \$250 por admisión
Servicios de maternidad	Igual que una enfermedad
Atención de urgencia	Copago de \$20
Sala de emergencias	Copago de \$50
Salud mental y abuso de sustancias	
Paciente hospitalizado	\$250 por admisión
Paciente ambulatorio	Copago de \$20 por visita
Medicamentos con receta	
Medicamentos y dispositivos anticonceptivos	Sin cargo
Genérico/Nivel 1 (suministro para 30 días)	Copago de \$10
Dentro del formulario/Nivel 2 (suministro para 30 días)	Copago de \$25
Fuera del formulario/Nivel 3 (suministro para 30 días)	Copago de \$25
Especializados /Nivel 4 (suministro para 30 días)	20 % hasta un copago de \$200
Pedidos por correo (suministro para 100 días)	2 copagos

⁽¹⁾ El máximo de gastos de su bolsillo está basado en el cargo máximo permisible y autorizado por la compañía de seguros. Esto no incluye ningún cobro de cualquier saldo restante que pueda existir al acudir a un proveedor fuera de la red.

La información anterior es solo un resumen. Consulte su Evidencia de Cobertura para conocer los detalles completos de los beneficios, limitaciones y exclusiones del Plan.

“Necesito atención médica específica! ¿Cuánto cuesta?”

Reseña del Plan	Plan de Aetna AWH NorCal HMO	Plan de Aetna HMO
Descripción del Plan	Usted elige un médico de atención primaria para que coordine toda su atención médica. Los servicios obtenidos de proveedores no autorizados no estarán cubiertos por Aetna.	Usted elige un médico de atención primaria para que coordine toda su atención médica. Los servicios obtenidos de proveedores no autorizados no estarán cubiertos por Aetna.
Detalle de la red del plan	(CA) Aetna Whole Health - Northern California HMO	Aetna Standard HMO
Deducible anual por año calendario		
Individual / Familiar	Ninguno	Ninguno
Máximo de gastos de su bolsillo por año calendario ⁽¹⁾		
Individual	\$2,000	\$2,000
Familiar	\$4,000	\$4,000
Máximo de por vida		
Individual	Sin límite	Sin límite
Servicios profesionales		
Visita al consultorio de atención primaria	Copago de \$20	Copago de \$20
Visita al consultorio de un especialista	Copago de \$20	Copago de \$20
Exámenes físicos de rutina y cuidados preventivos	Sin copago	Sin copago
Radiografías de diagnóstico y laboratorio	Sin copago	Sin copago
Servicios quiroprácticos - 20 visitas/año	Copago de \$15	Copago de \$15
Servicios de acupuntura - 20 visitas/año	Copago de \$20	Copago de \$20
Beneficio de aparatos auditivos	Copago del 20 %, beneficio máximo de \$4,000 cada 24 meses	Copago del 20 %, beneficio máximo de \$4,000 cada 24 meses
Servicios de hospital		
Habitación y alimentación	Copago de \$250 por admisión	Copago de \$250 por admisión
Servicios de maternidad	Copago de \$250 por admisión	Copago de \$250 por admisión
Atención de urgencia	Copago de \$20	Copago de \$20
Visita a la sala de emergencias (se omite si se le admite)	Copago de \$100	Copago de \$100
Salud mental y abuso de sustancias		
Paciente hospitalizado	Copago de \$250 por admisión	Copago de \$250 por admisión
Paciente ambulatorio	Copago de \$20	Copago de \$20
Medicamentos con receta		
Medicamentos anticonceptivos	Sin cargo	Sin cargo
Nivel 1 (suministro para 30 días)	Copago de \$10	Copago de \$10
Nivel 2 (suministro para 30 días)	Copago de \$25	Copago de \$25
Nivel 3 (suministro para 30 días)	Copago de \$50	Copago de \$50
Nivel 4 (suministro para 30 días)	20 % hasta un copago de \$200	20 % hasta un copago de \$200
Pedidos por correo (suministro para 90 días)	Niveles 1, 2 y 3: dos veces el copago de compra minorista	Niveles 1, 2 y 3: dos veces el copago de compra minorista

⁽¹⁾ El máximo de gastos de su bolsillo está basado en el cargo máximo permisible y autorizado por la compañía de seguros. Esto no incluye ningún cobro de cualquier saldo restante que pueda existir al acudir a un proveedor fuera de la red.

La información anterior es solo un resumen. Consulte su Evidencia de Cobertura para conocer los detalles completos de los beneficios, limitaciones y exclusiones del Plan.

“Necesito atención médica específica! ¿Cuánto cuesta?”

Reseña del Plan

Plan Aetna PPO con HSA (HDHP)

Descripción del Plan	Plan OA Managed Choice POS HDHP (OAMC)	
Detalle de la red del plan	Dentro de la red	Fuera de la red
Acceso a proveedores dentro y fuera de la red. El deducible del plan debe estar cubierto antes de que se apliquen el coseguro y los copagos descritos a continuación. Posibilidad de abrir una Cuenta de Ahorros para gastos médicos (HSA) y contribuir con fondos antes de impuestos a la cuenta.		
Deducible anual por año calendario		
Individual	\$2,000	\$4,000
Individual en la familia	\$3,200	\$4,000
Familiar	\$4,000	\$8,000
Máximo de gastos de su bolsillo por año calendario ⁽³⁾		
Individual	\$4,000	\$8,000
Individual en la familia	\$4,000	\$8,000
Familiar	\$8,000	\$16,000
Máximo de por vida		
Individual	Sin límite	Sin límite
Servicios profesionales		
Visita al consultorio de atención primaria	Con cobertura del 90 %	Con cobertura del 70 %
Visita al consultorio de un especialista	Con cobertura del 90 %	Con cobertura del 70 %
Visita del médico a domicilio	Con cobertura del 90 %	Con cobertura del 70 %
Exámenes físicos de rutina y cuidados preventivos	Con cobertura del 100 %	Con cobertura del 70 %
Radiografías de diagnóstico y laboratorio	Con cobertura del 90 %	Con cobertura del 70 %
Servicios quiroprácticos - 20 visitas/año	Con cobertura del 90 %	Con cobertura del 70 %
Servicios de acupuntura - 20 visitas/año	Con cobertura del 90 %	Con cobertura del 70 %
Beneficio de aparatos auditivos Limitado a 1 par de aparatos auditivos cada 24 meses	Con cobertura del 90 %	Con cobertura del 30 %
Servicios de hospital		
Habitación y alimentación	Con cobertura del 90 %	Con cobertura del 70 %
Servicios de maternidad	Con cobertura del 90 %	Con cobertura del 70 %
Atención de urgencia	Con cobertura del 90 %	Con cobertura del 70 %
Salas de emergencias (se omiten si se le admite)	Con cobertura del 90 %	Con cobertura del 90 %
Salud mental y abuso de sustancias		
Paciente hospitalizado	Con cobertura del 90 %	Con cobertura del 70 %
Paciente ambulatorio	Con cobertura del 90 %	Con cobertura del 70 %
Medicamentos con receta		
Nivel 1 (suministro para 30 días)	Copago de \$10	N/A
Nivel 2 (suministro para 30 días)	Copago de \$30	N/A
Nivel 3 (suministro para 30 días)	Copago de \$50	N/A
Nivel 4 (suministro para 30 días)	30 % hasta un copago de \$250	N/A
Pedidos por correo (suministro para 90 días)	Niveles 1, 2 y 3: dos veces el copago de compra minorista	Sin cobertura

⁽³⁾ El máximo de gastos de su bolsillo está basado en el cargo máximo permisible y autorizado por la compañía de seguros. Esto no incluye ningún cobro de cualquier saldo restante que pueda existir al acudir a un proveedor fuera de la red.

La información anterior es solo un resumen. Consulte su Evidencia de Cobertura para conocer los detalles completos de los beneficios, limitaciones y exclusiones del Plan.



Planes de salud
suplementarios

Planes de salud suplementarios

Prepárese para lo inesperado.



Cobertura de incapacidad de largo plazo (LTD)

En caso de que usted, su cónyuge/pareja doméstica registrada, sus padres, suegros, abuelos o abuelos políticos no puedan desempeñar actividades de la vida diaria como bañarse o vestirse, un proveedor voluntario de LTC podría proporcionarle ayuda.

Administrada por Genworth, la cobertura de cuidados de largo plazo puede ayudar a pagar los servicios de guardería para adultos, vida asistida, cuidados en residencias de ancianos, servicios recibidos en su propio hogar y cuidados especializados, como fisioterapia, terapia ocupacional, respiratoria o logopedia.

Si no se inscribe cuando sea elegible por primera vez, será necesario que complete un cuestionario de salud. A todos los dependientes elegibles se les pedirá que completen el cuestionario de salud, independientemente de cuándo se inscriban. Llame a Genworth al (800) 416-3624 o visite <https://scu.myltcguide.com> utilizando la **Identificación de grupo: santaclara** y el **Código de acceso: groupltc** para obtener información adicional. Si obtiene cobertura a través de Genworth, deberá hacer los pagos directamente a ellos.





Bienestar
del
empleado

Bienestar del empleado

Una versión más saludable de usted comienza aquí: ¡mente y cuerpo!



¿Por qué el bienestar?

Un estilo de vida activo y saludable puede ayudar a reducir el riesgo de padecer enfermedades crónicas y puede disminuir sus costos anuales de atención médica. Nos preocupamos por su bienestar total y animamos a todos los empleados a que participen en nuestros recursos de bienestar sin costo alguno.

Programa de Bienestar

La misión de Santa Clara University para lograr el bienestar

El programa Misión para el bienestar está diseñado para mejorar el bienestar físico y mental del cuerpo docente y del personal de SCU. Ofrecemos diversos programas para satisfacer las 8 dimensiones del bienestar: físico, social, emocional, ocupacional, financiero, medioambiental, espiritual e intelectual. El beneficio obtenido promoverá la creación de una fuerza laboral competente, consciente y compasiva para mejorar la calidad de vida de toda su comunidad. SCU ofrece:

1. Servicios de consultoría personal / profesional
2. Talleres de salud y bienestar
3. Programas de guardería de apoyo para niños, adultos y ancianos
4. Masajes en silla
5. Beneficios informales
6. Beneficios anuales
7. Orientación nutricional individualizada
8. Citas financieras individuales

Para obtener información adicional sobre los próximos eventos, visite <https://www.scu.edu/hr/benefits/mental-health-and-wellness/>



Plan
dental

Plan Dental

Una sonrisa es lo más hermoso que usted puede lucir.



Uso del Plan PPO

El plan dental PPO está diseñado para ofrecerle la libertad de recibir atención dental de cualquier dentista autorizado de su elección. Tenga presente lo siguiente: recibirá el máximo nivel de beneficios del Plan si selecciona un dentista de la red comparado con un dentista fuera de la red que no ha acordado brindar sus servicios sujeto a las tarifas negociadas. Además, cuando acude a dentistas PPO dentro de la red, no es necesario presentar formularios de reclamación. Para averiguar si su dentista está dentro o fuera de la red de su seguro, visite www.guardiananytime.com y busque en la red de proveedores, o llame al 800.541.7846.

“Necesito atención dental específica! ¿Cuánto cuesta?”

Reseña del Plan	Plan Guardian Dental PPO	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible por año calendario		
Individual	\$25	\$25
Familiar	\$75	\$75
Máximo anual	\$3,500	\$3,500
Atención	100 %	100 %
Servicios básicos	100 %	80 %
Servicios mayores	60 %	50 %
Servicios de ortodoncia		
Adulto	50 %	50 %
Hijos hasta los 26 años	50 %	50 %
Máximo de por vida	\$3,000	\$3,000

La información anterior es solo un resumen. Consulte su Evidencia de Cobertura para conocer los detalles completos de los beneficios, limitaciones y exclusiones del Plan.

Transferencia máxima

Con la transferencia máxima, Guardian transferirá una parte del máximo anual no utilizado de cada miembro a su Cuenta de Transferencia Máxima (MRA) personal. La MRA puede usarse en años futuros cuando el miembro alcance el máximo anual del plan.

Umbral de reclamaciones para la elegibilidad de la MRA	\$1,000
Cantidad máxima de transferencia para reinversión	\$500
Cantidad adicional de transferencia para reinversión dentro de la red	\$750
Límite máximo de la cuenta MRA	\$1,500





Plan de
cuidado
de la vista



Plan de cuidado de la vista

Mantenga un enfoque claro en su vista.

La cobertura de la vista la ofrece Anthem Blue View como plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO). Al igual que con un plan PPO tradicional, puede aprovechar el nivel más alto de beneficios si recibe servicios de proveedores y médicos dentro de la red para el cuidado de la vista. Tendrá que abonar un copago en el momento de recibir el servicio. Sin embargo, si recibe servicios de un médico de fuera de la red, pagará todos los gastos en el momento del servicio y deberá presentar una solicitud de reembolso hasta el monto permitido. Para encontrar un proveedor de cuidado de la vista dentro de la red, visite www.anthem.com/ca.

“Necesito atención de cuidado de la vista específica! ¿Cuánto cuesta?”

Reseña del Plan

Plan Anthem Blue View Vision PPO

	Dentro de la red	Fuera de la red
Examen – Cada 12 meses	\$20	\$45
Lentes: cada 12 meses		
Individual	Con cobertura del 100 %	\$45
Bifocales	Con cobertura del 100 %	\$65
Trifocales	Con cobertura del 100 %	\$85
Progresivo	\$0 después del copago de lentes para anteojos	Sin cobertura
Armazones (cada 24 meses)	Con cobertura del 100 % hasta \$150	Hasta \$47
Pares de anteojos adicionales		
Lentes de contacto: cada 12 meses, en vez de lentes y armazones		
Medicamento necesarios	Con cobertura del 100 %	Hasta \$210
Uso cosmético	Hasta \$120	Hasta \$105

La información anterior es solo un resumen. Consulte su Evidencia de Cobertura para conocer los detalles completos de los beneficios, limitaciones y exclusiones del Plan.





Cuentas de
gastos

Cuentas de gastos

Haga que su dinero trabaje por usted.



Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA)

Al inscribirse en el Plan médico con deducible alto de Aetna, tendrá acceso a una Cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA), que ofrece ventajas fiscales y puede utilizarse para pagar gastos calificados de cuidado de la salud, como su deducible, copagos y otros gastos de su bolsillo.

Lo que debe saber sobre su Cuenta de ahorros para gastos médicos



Usted es el dueño de su HSA



Su dinero se transfiere de un año a otro



Usted elige cuánto contribuir



En combinación con un plan médico con deducible alto



Usted recibe una ventaja fiscal



Lo que debe saber sobre su Cuenta de ahorros para gastos médicos

¿Cuáles son los beneficios?

- Los fondos de la HSA pueden crecer libres de impuestos, sujetos a la legislación estatal. Consulte a su asesor fiscal para conocer las leyes fiscales aplicables en su estado.
- Una HSA reduce sus ingresos imponibles y puede permitirle hacer retiros libres de impuestos de la cuenta al pagar gastos calificados de cuidado de la salud (las normativas fiscales varían según el estado).
- Puede estar sujeto a pagos mensuales de prima más bajos en su plan médico con deducible alto (HDHP) en comparación con un plan médico PPO tradicional.
- **Santa Clara University contribuye con \$50/mes a la HSA de los empleados inscritos en el HDHP de Aetna.** Las contribuciones del empleador a la HSA dependen de que el empleado informe al empleador de que tiene abierta una cuenta HSA. Las contribuciones del empleador a la HSA se depositan en la cuenta HSA del empleado de forma prorrateada, dependiendo de cuántos meses el empleado ha sido elegible para la HSA y esté inscrito en el HDHP de la Santa Clara University durante el año y de si tiene una cuenta válida abierta para recibir contribuciones del empleador a la HSA. Los empleados pueden renunciar a las contribuciones del empleador si no cumplen estas condiciones.

¿Cómo puedo ser elegible para contribuir a una HSA?

- Usted será elegible para contribuir a una HSA si está cubierto por un HDHP, no está inscrito en un seguro médico no calificado fuera del plan de Santa Clara University, no está inscrito en Medicare, no está reclamado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona (excluyendo al cónyuge), no ha recibido atención hospitalaria o servicios médicos de la Administración de Veteranos, en los últimos tres meses (a menos que estos servicios estuvieran relacionados con una discapacidad relacionada con el servicio) y no está inscrito en una Cuenta de gastos flexible para cuidado de la salud (FSA para cuidado de la salud) o una cuenta de Arreglo de reembolso de gastos médicos (HRA) general.

¿Cómo puedo comenzar?

- La forma más conveniente de pagar los gastos calificados es utilizar la tarjeta de débito También puede utilizar su propio dinero en efectivo o una tarjeta de crédito personal y reembolsarse a través de su cuenta HSA en línea Se recomienda que guarde los recibos de las compras de la HSA, por si alguna vez es auditado por el IRS Si está listo para activar su cuenta HSA, puede hacerlo:
 - Activando su cuenta en <https://www.healthequity.com/>.
 - Desplácese hacia abajo para encontrar tutoriales en video paso a paso sobre diversos temas.
- Una vez activada la cuenta HSA, podrá gestionarla y acceder a ella en cualquier momento. Consulte a su asesor fiscal para obtener información o asesoramiento fiscal.

Algunas reglas que debe tener en cuenta...





- Para 2024, el límite máximo de las contribuciones del empleado y el empleador en la cuenta HSA de un empleado es de \$4,150 si está inscrito en la HSA-PPO para la cobertura de solo el empleado, y de \$8,300 para los empleados con cobertura de dependientes.
- Es importante que monitoree sus contribuciones para evitar sobrepasar el límite del IRS, ya que las contribuciones que superen el límite del IRS están sujetas a las tasas estándar del impuesto sobre la renta, más un impuesto especial del 6 %.
- Se aplica una penalización del 20 % por utilizar los fondos de la HSA en gastos de cuidado de salud no calificados si se es menor de 65 años. Si desea más información sobre lo que se considera un gasto de atención médica calificado, visite <https://www.irs.gov/pub/irs-pdf/p502.pdf>.
- Por lo general, la cantidad máxima con la que un empleado es elegible para contribuir a una HSA por año calendario se basa en el límite máximo de contribución anual para ese año calendario, multiplicado por la parte **prorrateada** del número de meses que el empleado es elegible para contribuir a una HSA. Por ejemplo, un empleado sería elegible para contribuir con 4/12 del límite máximo anual en su primer año de inscripción en el plan de HSA, si el empleado es elegible para la HSA por primera vez el 1 de septiembre de ese año aplicable. Sin embargo, en virtud de la Regla de Contribución Completa, un empleado puede contribuir la cantidad máxima de contribución anual a su HSA, independientemente del número de meses que él/ella haya sido elegible para contribuir a una HSA en ese año, si él/ella es elegible para contribuir a una HSA el 1 de diciembre de ese año y continúa siendo elegible para contribuir a una HSA hasta el 31 de diciembre del año siguiente (es decir, para todos los días posteriores hasta el 31 de diciembre del año siguiente).

⁽¹⁾ Consulte a su asesor fiscal para conocer las leyes fiscales aplicables en su estado.

Cuentas de gastos flexibles (FSA)

Una cuenta de gastos flexible le permite gastar dinero antes de impuestos para cubrir los gastos elegibles de atención médica, cuidado de dependientes y transporte. Existen diferentes tipos de FSA que ayudan a reducir sus ingresos imponibles al pagar los gastos elegibles para usted, su cónyuge y cualquier dependiente elegible, según se indica a continuación:

Tipo de FSA Detalle

 <p>Cuenta FSA para cuidado de la salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Puede reembolsar los gastos médicos elegibles que no cubre su seguro médico, dental y de cuidado de la vista. • Para consultar la lista de gastos calificados, visite: https://www.wexinc.com/insights/benefits-toolkit/eligible-expenses/ • La contribución mínima para 2024 es de \$300. • La contribución máxima para 2024 es actualmente de \$3,050.*
 <p>Cuenta FSA para propósitos limitados</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los empleados podrían considerar una FSA para propósitos limitados si son elegibles para una HSA y planean contribuir a una HSA durante el año del plan. • Esta FSA puede utilizarse para reembolsar gastos calificados de cuidados preventivos, dentales y de cuidado de la vista. • Para consultar la lista de gastos calificados, visite: https://www.wexinc.com/insights/benefits-toolkit/eligible-expenses/ • La contribución mínima para 2024 es de \$300. • La contribución máxima para 2024 es actualmente de \$3,050.*
 <p>FSA para cuidado de dependientes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Puede utilizarse para pagar los gastos de guardería de un hijo (hasta los 13 años) y/o el cuidado de un miembro de la familia discapacitado en el hogar, que no pueda cuidarse a sí mismo. • Para consultar una lista de gastos calificados, visite: https://www.wexinc.com/insights/benefits-toolkit/eligible-expenses/ • La contribución mínima para 2024 es de \$600. • La contribución máxima para 2024 es de \$5,000.*
 <p>Cuenta de gastos de transporte</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Puede utilizarse para cubrir los costos de pases de transporte, uso compartido de furgonetas, pagos por el transporte en un vehículo de transporte por carretera colectivo y costos de estacionamiento calificados. • La contribución máxima de transporte para 2024 es actualmente de \$300 al mes*. • No se permiten los reembolsos de pagos en efectivo. El uso de la tarjeta de débito FSA es obligatorio para todos los pagos de estacionamiento y transporte.

¿Cuáles son los beneficios?

- Su renta imponible se reduce y su ingreso disponible aumenta.
- Ahorre dinero a la vez que conserva su salud y la de su familia.

¿Cómo se utiliza?

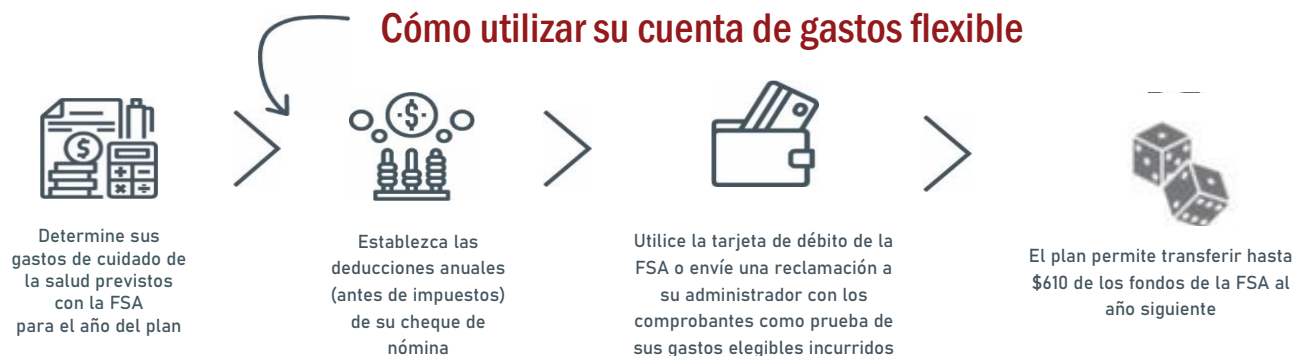
Tiene que inscribirse en el programa FSA en un plazo de 30 días a partir de su fecha de contratación o durante la inscripción abierta anual. En ese momento, tiene que establecer un monto de contribuciones anuales dentro del límite máximo. Una vez inscrito, tiene acceso en línea para ver el saldo de su FSA, comprobar el estado de un reembolso y mucho más. Visite <https://benefitslogin.wexhealth.com/> para acceder al portal en línea de Wex Benefits.

Algunas reglas que necesita conocer:

- Puede transferir hasta \$610 de su FSA de salud de 2024 al año del plan de 2025*.
- Aunque el año del plan va de enero de 2024 a diciembre de 2024, el plan permite un período de prórroga anual hasta el 31 de marzo de 2025 para permitirle solicitar el reembolso de cualquier gasto incurrido durante el año del plan (del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024.)

* El IRS aún no ha anunciado los máximos para 2024 ni las cantidades a transferir. Recursos Humanos comunicará esta información una vez esté disponible. Si desea más información sobre el uso de una FSA, póngase en contacto con Recursos Humanos.

Cómo utilizar su cuenta de gastos flexible





Seguro de vida
e incapacidad



Seguro de vida e incapacidad

Protección para sus seres queridos.

Seguro de Vida Básico y AD&D

Si usted fallece, el seguro de vida proporcionará a sus familiares u otros beneficiarios protección y seguridad financiera. Además, si su muerte es el resultado de un accidente o si le ocurre desmembramiento, puede ser aplicable su cobertura de Muerte y Desmembramiento Accidentales (AD&D).

Pagados en su totalidad por Santa Clara University, los beneficios indicados a continuación son proporcionados por Sun Life:

- Seguro de vida básico de \$70,000.
- AD&D de \$70,000.
- Tenga presente que los beneficios pueden reducirse al cumplir los 65 años.

Reglamento del IRS: Los empleados pueden recibir un seguro de vida pagado por el empleador de hasta \$50,000 libre de impuestos y no tienen que reportar el pago como ingreso. Sin embargo, los montos mayores de \$50,000 darán lugar a ingresos imponibles por el "valor económico" de la cobertura que se le proporciona.

Entre los beneficios adicionales se incluye el acceso a Assist America:

- **Asistencia de viaje de emergencia** Proporciona a los empleados y a sus familias diversos servicios en caso de emergencia médica, dental o legal cuando viajan fuera de su ciudad de residencia.
- **Protección contra robo de identidad:** Proporciona servicios que protegen la información financiera personal de los empleados y ayudan a restablecerla si esta se ve comprometida.



Seguro de vida voluntario

Si desea complementar su seguro pagado por el empleador, la cobertura adicional de vida y AD&D para usted y/o sus dependientes está disponible para su compra de forma voluntaria mediante deducciones de nómina a través Sun Life.



Para empleados:

Incrementos de \$10,000 hasta un máximo de \$500,000 con un beneficio de emisión garantizada de \$300,000 si se inscribe en el Plan dentro de los 30 días de su elegibilidad inicial.



Para su cónyuge:

En incrementos de \$5,000 hasta un máximo de \$100,000 o 50 % de la cantidad combinada de cobertura básica y voluntaria de vida para el Empleado, lo que sea menor. El beneficio de emisión garantizada es de \$50,000 si se inscribe en el Plan dentro de los 30 días posteriores a su elegibilidad inicial.



Para su(s) hijo(s):

Desde el nacimiento hasta los 6 meses de vida, \$500 fijos; A partir de los 6 meses y hasta los 26 años, en incrementos de \$2,000 hasta un máximo de \$10,000.

Cualquier monto de seguro que supere el beneficio de emisión garantizada está sujeto a una revisión de buena salud por parte de la compañía de seguros. Los montos de seguro sujetos a revisión no entrarán en vigor sino hasta que la compañía de seguros las apruebe.

Las tasas del seguro de vida voluntario varían según la edad y los niveles de cobertura. Las tasas están sujetas a cambios cuando se produce un cambio en la cobertura o en la edad.

Si no se inscribe en el Plan dentro del periodo de inscripción inicial o durante la Inscripción Abierta, **cualquier** monto de seguro de vida suplementario requerirá un comprobante de buena salud, que estará sujeto a la aprobación de la compañía de seguros antes de que el seguro entre en vigor. Durante la Inscripción Abierta para 2024, si usted se inscribe tardíamente, puede inscribirse en una cobertura de hasta \$10,000 para el empleado y \$5,000 para el cónyuge sin necesidad de presentar comprobantes de buena salud. Para obtener más información sobre este plan, consulte los detalles en el resumen del plan.

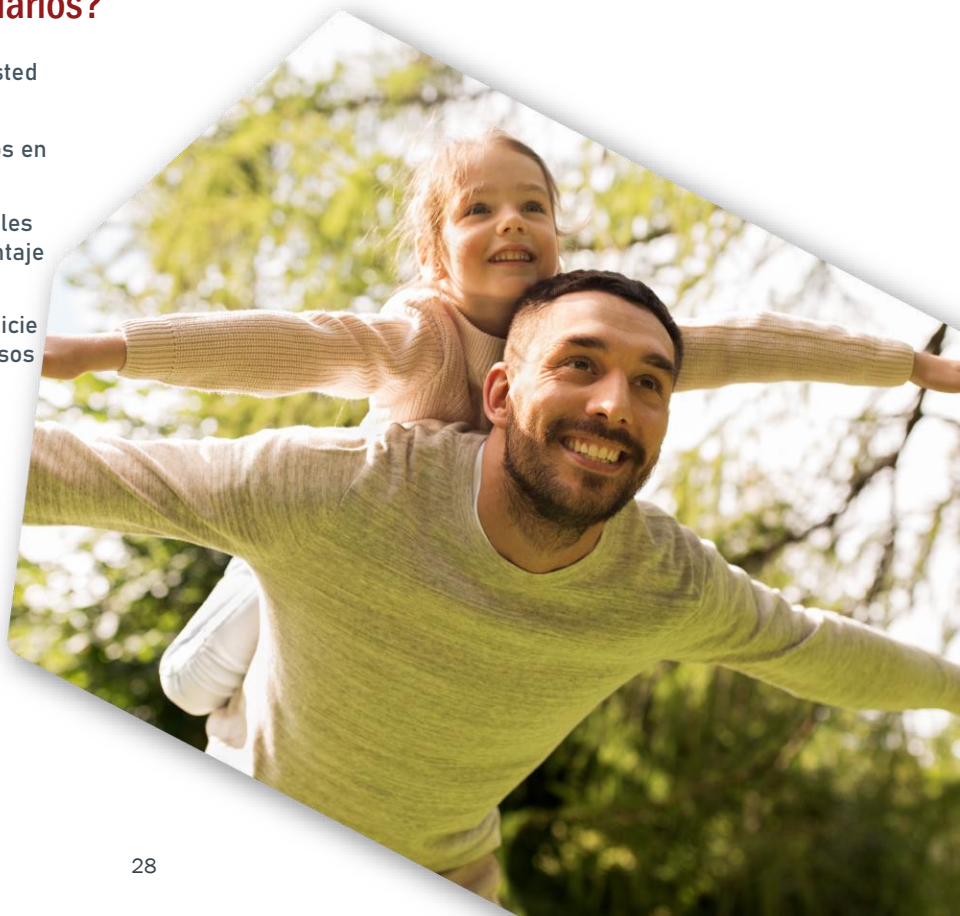
Tenga en cuenta lo siguiente: La cobertura de los beneficios puede reducirse al cumplir los 65 años. Pueden aplicarse restricciones si usted y/o su(s) dependiente(s) está(n) ingresado(s) en el hospital o tiene(n) una enfermedad terminal. Consulte la Descripción Resumida del Plan para conocer las exclusiones y otros detalles.



¡Obligatorio! ¿Está al día la información de sus beneficiarios?

Los beneficiarios son personas o entidades que usted selecciona para recibir los beneficios de su póliza.

- Puede cambiar su designación de beneficiarios en cualquier momento.
- Puede designar un beneficiario único o múltiples beneficiarios para recibir el pago en el porcentaje asignado.
- Para seleccionar o cambiar su beneficiario, inicie sesión en Workday o comuníquese con Recursos Humanos.



Incapacidad de corto y largo plazo

En el caso de que sufra una enfermedad o lesión no relacionada con el trabajo que le impida trabajar, la cobertura por incapacidad actúa como reemplazo de ingresos para proteger los bienes importantes y ayudarlo a continuar con algún nivel de ingresos. La elegibilidad para los beneficios puede estar basada en la incapacidad para realizar su trabajo o cualquier otro trabajo.

Sus planes

Detalles de la cobertura

Seguro de Incapacidad de Corto Plazo (STD)

- Administrada por Matrix, la cobertura STD ofrece un beneficio equivalente al 60 % de sus ingresos, hasta \$1,700* por semana durante un periodo de hasta 52 semanas.
- El plan comienza a pagar estos beneficios en el momento de la incapacidad/después de una ausencia en el trabajo de 7 días consecutivos.
- Si desea obtener información adicional visite: <https://scu.edu/hr/quick-links/staff-policy-manual/policy-603--short-term-disability-benefits/>

Cobertura por incapacidad de largo plazo (LTD)

- Si la incapacidad se prolonga más de 360 días, la cobertura LTD a través de Reliance Standard puede reemplazar el 66 ²/₃ % de sus ingresos, hasta un máximo de \$10,000 al mes.
- Sus beneficios pueden seguir pagándose hasta que alcance la edad normal de jubilación de la seguridad social siempre que cumpla con la definición de incapacidad.
- Si desea obtener información adicional visite: <https://scu.edu/hr/quick-links/staff-policy-manual/policy-604--long-term-disability/>

Aviso: El estado en el que reside puede ofrecer un plan de seguro de incapacidad para el reemplazo parcial del salario.

* La Universidad tiene en cuenta el máximo semanal por incapacidad del Estado de California a la hora de determinar su máximo de STD. En el momento de la elaboración de esta guía, el Estado no había anunciado el máximo para 2024. Si se hacen cambios al máximo de la Universidad, se actualizará esta guía. El máximo de la Universidad será siempre igual o mayor que el del Estado.





Jubilación



Jubilación

Haga de la jubilación una realidad, no un deseo.

Plan de jubilación de la universidad: Plan de jubilación 401(a) El plan de contribuciones definidas de Santa Clara University

1. El equivalente al 10 % de su salario base se envía en su nombre al patrocinador del fondo de jubilación de su elección en cada período de nómina. Este beneficio está totalmente financiado por Santa Clara University.
2. Elija Fidelity Investments o TIAA como patrocinador del fondo para este plan. Fidelity y TIAA Investments tienen más de 50 opciones de inversión. Para más detalles, consulte el desempeño del fondo y el prospecto del patrocinador del plan correspondiente.
3. Usted adquiere el 100 % de los derechos una vez que ha trabajado en un puesto elegible para los beneficios durante un mínimo de 1000 horas en cada uno de los 2 años calendario consecutivos.

Plan voluntario de jubilación: Plan de jubilación 403 (b) *The Santa Clara University Tax Deferred Annuity Plan*

- Este beneficio se financia con contribuciones voluntarias del empleado expresadas en una cantidad fija o en un porcentaje del salario. Puede contribuir con cualquier cantidad que desee hasta los límites establecidos por el IRS para el año calendario.
- Elija Fidelity Investments o TIAA como patrocinador del fondo para este plan. Fidelity y TIAA Investments tienen más de 50 opciones de inversión. Para más detalles, consulte el desempeño del fondo y el prospecto del patrocinador del plan correspondiente.
- Usted adquiere el 100 % de los derechos a partir de la fecha de su primera contribución.
- La contribución máxima para 2024 es de \$22,500. Si tiene 50 años o más, puede contribuir con \$6,500 adicionales como contribuciones adicionales.

Portal del plan de jubilación

La Universidad seleccionó a Fidelity, uno de nuestros actuales administradores de planes de jubilación, para que gestionara el [portal de planes de jubilación en línea de SCU](#). Si usted tiene su cuenta 401(a) o 403(b) en Fidelity o TIAA, [el portal de planes de jubilación](#) le brindará la posibilidad de:

- Inscribirse con uno o ambos proveedores de inversiones;
- Consultar o modificar la cantidad o el porcentaje de sus contribuciones al plan de jubilación (solo para el 403b);
- Cambiar de proveedor de inversiones;
- Inscribirse en consultas individualizadas con Fidelity (para TIAA llame al 1-800-732-8353); y
- Acceder a enlaces con información específica de la cuenta del proveedor de inversiones.

Le sugerimos consultar la [Guía de mejora del plan](#) para obtener información sobre cómo acceder al portal y crear su cuenta. Para las elecciones de inversión y las distribuciones/transferencias, comuníquese directamente con su proveedor de inversiones (TIAA/Fidelity).

Nota: Según el Reglamento del IRS, IRC 415(c), la combinación (contribuciones 401(a) del empleador y 403(b) del empleado) no puede sobrepasar los ingresos base anuales del empleado.

Consulte la Descripción Resumida del Plan para obtener información detallada sobre ambos planes: <https://scu.edu/hr/staff/benefits/>.

Marsh & McLennan Insurance Agency LLC no actúa como asesor, corredor-agente ni asesor de inversiones registrado para este plan. Todos los términos y las condiciones de su plan están sujetos a las leyes, reglamentos y políticas aplicables. En caso de que exista un conflicto entre su documento del Plan y esta información, el documento del Plan siempre regirá.





Programa de
asistencia para
empleados (EAP)



Programa de asistencia para empleados (EAP)

Su principal recurso gratuito y confidencial.

A todos nos puede venir bien una mano amiga de vez en cuando. Independientemente de que necesite ayuda con una relación personal o con dificultades profesionales, o que busque orientación sobre un tema en particular, el Programa de Asistencia para Empleados (EAP) le proporciona las herramientas que necesita para prosperar. A través del EAP, usted dispone de acceso a recursos, información, y asesoramiento que son totalmente confidenciales y sin costo para usted.

Componentes del programa

Detalles de la cobertura

Número de sesiones	10 sesiones presenciales por período de 12 meses consecutivos por miembro e incidente
Cómo obtener acceso	Sesiones por teléfono o presenciales
Los temas pueden incluir	<p>Apoyo a la salud mental:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Problemas matrimoniales, de pareja o familiares. • Orientación sobre el duelo o el luto. • Abuso de sustancias y recuperación. <p>Apoyo comunitario:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Guardería y cuidado de ancianos. • Servicios jurídicos y de restauración por robo de identidad. • Apoyo financiero. • Materiales educativos.
¿Quién puede utilizarlo?	Todos los empleados, dependientes de los empleados y miembros de su grupo familiar

Contáctenos:



- Por teléfono: 800.344.4222
- En línea: <https://login.concernhealth.com/enter>
- Contraseña del sitio web: scueap





Ventajas y más

Ventajas y más



Para completar su paquete de beneficios, le ofrecemos estas ventajas adicionales para apoyar tanto sus necesidades personales como profesionales.

Días feriados

Los días feriados remunerados serán los siguientes:

- Día de Año Nuevo.
- Día de Martin Luther King Jr.
- Día del Presidente.
- Viernes Santo.
- Día de recordación (Memorial Day).
- Día de la Emancipación (Juneteenth).
- Día de la Independencia.
- Día del Trabajo.
- Día de los pueblos indígenas.
- Día de Acción de Gracias y el día siguiente.
- Nochebuena y día de Navidad.
- Víspera de Año Nuevo.

Esta sección de beneficios se aplica solo al personal

Tiempo libre remunerado (PTO)

El programa de **Tiempo libre remunerado (PTO)** permite a los empleados hacer uso de un máximo de 24 horas de ausencia por enfermedad durante cualquier período de 12 meses para atender asuntos personales. Consulte en <https://www.scu.edu/hr/employee-resources/policies-and-guidelines/staff-policy-manual/policy-617--personal-leave/> para obtener más información.

El programa de **Licencia por enfermedad** proporciona la continuación del salario a los empleados elegibles durante los períodos de enfermedad, lesión o incapacidad médica como la maternidad o los períodos de recuperación postquirúrgica. En el caso de que los empleados estén incapacitados médicamente durante períodos prolongados y se requiera una licencia médica, las licencias por enfermedad disponibles se coordinarán, según sea aplicable, con el Seguro de incapacidad de corto plazo, el Seguro de Compensación para los Trabajadores, el plan de incapacidad de largo plazo de Santa Clara University y/o el Seguro Social. Consulte en <https://scu.edu/hr/quick-links/staff-policy-manual/policy-613--sick-leave/> para obtener más información.

Tiempo de vacaciones se concede a los empleados elegibles para su descanso y relajación. El tiempo de vacaciones se acumula a partir del primer día del mes siguiente a la fecha de contratación como miembro del personal regular o académico y continúa durante los períodos de trabajo, licencia por enfermedad, vacaciones y otros períodos de permiso de ausencia remunerado. Las vacaciones no se acumulan por las horas extra trabajadas. Consulte en <https://scu.edu/hr/quick-links/staff-policy-manual/policy-612--vacation-pay/> para obtener más información

Licencia familiar remunerada

La **Licencia familiar remunerada** (PFL) es administrada por Matrix Absence Management. Todos los empleados están obligados a contribuir con una cantidad igual o menor a la tasa de contribución establecida por el Departamento de Desarrollo del Empleo de California para el plan PFL del Estado de California cada año. Este plan proporciona un sustituto salarial a quienes disfrutan de una licencia aprobada para cuidar de un hijo, cónyuge o pareja doméstica registrada, padres, suegros, abuelos, nietos y hermanos gravemente enfermos. El beneficio también está disponible para los padres que necesitan tiempo para establecer un vínculo afectivo con un recién nacido durante el primer año de vida o con un menor durante el primer año después de su adopción o acogida.

El plan paga el 60 % de sus ingresos mensuales básicos hasta alcanzar un beneficio semanal máximo de \$1,700 y un mínimo de \$50 durante un máximo de 8 semanas.

Si desea información adicional, visite: <https://scu.edu/hr/maintain-benefits-info/leaves-and-holidays/> o llame a Matrix Absence Management al (877) 202-0055 o visite <https://www.matrixabsence.com/>.

Beneficios de educación

La Universidad concede beneficios de educación para brindar oportunidades de desarrollo personal y educativo a todos los empleados elegibles para recibir beneficios que toman cursos de Santa Clara University para obtener créditos. También tiene varios programas de beneficios educativos para cónyuges, parejas domésticas registradas e hijos dependientes (según la definición del IRS) de empleados elegibles. A continuación, encontrará un resumen rápido de los beneficios educativos disponibles para los empleados elegibles de SCU y sus dependientes.

Para obtener información completa y detallada sobre los beneficios de educación de SCU, incluidos los procesos de elegibilidad y solicitud, visite: <https://www.scu.edu/hr/quick-links/staff-policy-manual/policy-609--education-benefits/>

Exención de la matrícula

La Exención de la matrícula está disponible para todos los cursos de grado y postgrado ofrecidos en cualquier semestre en la Universidad, excepto los cursos auxiliares o de formación continua, el MBA ejecutivo, y los cursos en línea. A los empleados elegibles se les concederá la Exención de matrícula hasta un máximo de dos cursos de grado por trimestre del año académico, u ocho unidades para los cursos de posgrado por trimestre o semestre del año académico, y un curso de grado o cuatro unidades para los cursos de posgrado por verano. Deben cumplirse todos los prerrequisitos normales de los cursos. Los hijos dependientes que asisten al programa de Young Scholars también son elegibles para la Exención de la matrícula.

La exención de matrícula no incluye otros costos como libros, laboratorio, solicitud, servicios y otras cuotas. Todos los costos que no sean de matrícula deberán pagarse a la Universidad de la misma manera que se exige a otros estudiantes.

Reembolso de matrículas

El programa de Reembolso de gastos de matrícula proporciona a los empleados elegibles un Reembolso de gastos de matrícula para ellos o sus dependientes de hasta \$3,000.00 al año, con un límite de beneficio de por vida de \$12,000.00 por empleado, para matrícula y cuotas educativas.

Los empleados pueden utilizar el reembolso de matrícula para cursos universitarios acreditados o programas de certificación profesional, siempre que los cursos o programas estén relacionados con el trabajo. Cualquier instituto técnico, universidad o programa de formación profesional que figure en la lista del Departamento de Educación de EE. UU. como institución postsecundaria acreditada cumplirá los requisitos. El programa de reembolso de gastos de matrícula no prevé ninguna licencia laboral para los empleados.

Los dependientes tienen que ser estudiantes matriculados que cursen estudios para el grado de Asociado o Licenciatura o un programa de Certificado vocacional. Cualquier programa vocacional listado por el Departamento de Educación de EE. UU.

FACHEX

El Programa de intercambio para hijos de docentes y administradores (FACHEX) es un programa en el que los hijos de empleados elegibles de las escuelas superiores o universidades jesuitas participantes pueden solicitar la admisión como estudiantes universitarios en una de las instituciones y, si son aceptados, son elegibles para la exención de la matrícula sujeta a los términos y condiciones establecidos por la institución aceptante.

Intercambio de matrículas

El programa de Intercambio de matrículas es un programa nacional de intercambio de becas para instituciones de educación superior. Los hijos de los empleados elegibles pueden solicitar la admisión como estudiantes universitarios en una de las instituciones participantes y, si son aceptados, tienen derecho a una exención de la matrícula sujeta a los términos y condiciones establecidos por la institución aceptante. Encontrará información adicional y una lista de las instituciones participantes en la página web del Intercambio de matrículas en: www.tuitionexchange.org.

Programa Kids on Campus (KOC)

Acerca de KOC

Kids on Campus es un centro de desarrollo infantil sin fines de lucro de Santa Clara University que funciona desde 1969. Somos una pequeña comunidad de unas cincuenta familias. El programa para lactantes y niños pequeños atiende a niños con edades comprendidas entre las 6 semanas y los 30 meses. Nuestro programa preescolar es para niños y niñas de 2.5 a 6 años. Las instalaciones incluyen cinco salones y dos patios de recreo diseñados para satisfacer las necesidades de nuestros estudiantes y proporcionarles al mismo tiempo un entorno seguro y estimulante. Kids on Campus admite a estudiantes cuyas familias estén afiliadas a través de Santa Clara University como docentes o empleados. Somos una guardería autorizada por el estado de California que cumple con los estándares contra incendios, de salud y de concesión de licencias exigidos por el Departamento de Servicios Sociales del Estado de California.

Información general sobre la inscripción

La admisión en Kids on Campus se gestiona a través de una lista de espera en la que deben estar inscritos todos los solicitantes. Si declina una plaza ofrecida, deberá volver a presentar una solicitud. Para que los niños no nacidos puedan inscribirse en la lista de espera, las familias deben tener una fecha de parto. A menudo es imposible predecir cuándo y con qué rapidez habrá plazas disponibles en el KOC. Nos esforzamos por mantener el equilibrio de edad y sexo en los salones. La inscripción se ofrece en el siguiente orden de prioridad y solo está disponible para los hijos de los docentes y miembros del personal elegibles para recibir beneficios:

- Familias que actualmente forman parte de la comunidad del KOC.
- Hijos del cuerpo docente y del personal en activo (profesorado titular, conferenciantes senior, personal fijo a tiempo completo).
- Hijos de docentes con períodos renovables (profesores adjuntos de año académico, docentes con períodos renovables).
- Hijos del personal fijo a tiempo parcial.

Si desea más información sobre KOC, visite la página web en: <https://www.scu.edu/kids-on-campus/> o comuníquese directamente con KOC en el (408) 554-4771.

Incluso más opciones de cobertura

Plan de protección contra el cáncer pagado por el EE antes de impuestos

Santa Clara University proporciona un plan voluntario de grupo de protección contra el cáncer a través de American Fidelity. Este plan es un "plan monetario" que paga una cantidad predeterminada de dólares al suscriptor después del control, los servicios y el tratamiento relacionados con el cáncer. Consulte los documentos del plan para obtener más información. Si desea información adicional, visite: <https://scu.edu/hr/staff/benefits/> o llame a American Fidelity al (800) 365-8306 Ext. 310 o visite <http://americanfidelity.com/>

Plan Golden State Scholarshare (CA 529 Plan)

Este programa de ahorro para estudios universitarios le permite abrir una cuenta en nombre de un beneficiario que usted designe. El dinero que usted contribuye a través de la deducción de nómina se invierte en carteras especiales diseñadas para satisfacer las necesidades de los beneficiarios que usted designe y de distintos tipos de inversores.

Para obtener información adicional, visite: www.scholarshare.com o llame a Golden State ScholarShare al (877) 728-4338

Descuentos, membresías y más

Santa Clara University ofrece una serie de beneficios adicionales a los enumerados en este resumen. Otros beneficios incluyen pases para algunos eventos atléticos, boletos de transporte con descuento, opciones gastronómicas y actuaciones en el Centro de Artes Escénicas del campus. Recursos Humanos patrocina servicios de planeamiento financiero y consultoría con Fidelity, TIAA. Recursos Humanos también coordina talleres trimestrales que ofrecen desarrollo profesional, así como información sobre el campus.

Recursos Humanos también coordina consultas financieras a través de Heffernan. Para concertar una cita, póngase en contacto con la Oficina de Servicios de Recursos Humanos en la extensión 4392. Le animamos a visitar nuestra página web en: <https://www.scu.edu/hr/benefits/perks-rewards/> para explorar todos los beneficios de trabajar en Santa Clara University!

Programa de Préstamos de Emergencia para Empleados (EELP)

Los préstamos EELP están destinados a proporcionar ayuda a los empleados que se encuentren ante una emergencia financiera. La cantidad máxima de dinero que se puede pedir prestada es de \$4,000.00. La amortización se hace mediante deducciones bisemanales de la nómina autorizadas por el prestatario. No se cobran intereses por los préstamos de emergencia de los empleados. Los períodos de amortización varían de uno a tres años, dependiendo de la cuantía del préstamo.

Elegibilidad: Todos los empleados de la Universidad elegibles para los beneficios regulares que hayan completado con éxito un año de servicio y estén al corriente con sus obligaciones (no hayan sido degradados, suspendidos o hayan recibido una amonestación por escrito o un plan de mejora por parte de su supervisor en los últimos tres años) son elegibles para solicitar los préstamos EELP. El programa EELP se gestiona a través del Departamento de Recursos Humanos. Para solicitar un préstamo EELP, el empleado tiene que completar un formulario de solicitud EELP y presentarlo al Departamento de Recursos Humanos. El hecho de que un empleado haya solicitado, se le haya denegado o haya recibido un préstamo de emergencia para empleados se mantiene estrictamente confidencial. Comuníquese con el Director de Desarrollo y Bienestar de los Empleados para obtener información adicional o para presentar su solicitud al 408-544-6990 o en smmata@scu.edu.



Costos, Directorio,
y Avisos
obligatorios

Desglose de costos

Todas sus tasas en un solo lugar.

Las tasas indicadas estarán en vigor desde el 1 de enero de 2024 hasta el 31 de diciembre de 2024.

Nivel de cobertura	Contribución del empleado	Contribución de SCU	Costo total
	Por período de nómina	Por período de nómina	Al mes
Plan de Aetna AWH NorCal HMO			
Solo el Empleado	\$8.50	\$439.52	\$896.03
Empleado + un Dependiente	\$89.91	\$850.92	\$1,881.65
Empleado + 2 o más dependientes	\$169.55	\$1,174.49	\$2,688.08
Plan de Aetna HMO			
Solo el Empleado	\$57.54	\$619.51	\$1,354.10
Empleado + un Dependiente	\$244.36	\$1,177.44	\$2,843.59
Empleado + 2 o más dependientes	\$370.97	\$1,660.17	\$4,062.28
Plan Aetna PPO con HSA (HDHP)			
Solo el Empleado	\$86.82	\$759.65	\$1,692.93
Empleado + un Dependiente	\$295.45	\$1,482.12	\$3,555.16
Empleado + 2 o más dependientes	\$468.81	\$2,070.59	\$5,078.79
Kaiser Permanente HMO			
Solo el Empleado	\$36.84	\$490.42	\$1,054.52
Empleado + un Dependiente	\$205.37	\$849.15	\$2,109.04
Empleado + 2 o más dependientes	\$309.77	\$1,182.38	\$2,984.29
Plan Guardian Dental PPO			
Solo el Empleado	\$0.00	\$41.25	\$82.50
Empleado + un Dependiente	\$9.85	\$56.60	\$132.90
Empleado + 2 o más dependientes	\$22.50	\$76.37	\$197.74
Plan Anthem Blue View Vision PPO			
Solo el Empleado	\$2.31	\$2.52	\$9.65
Empleado + un Dependiente	\$3.20	\$3.84	\$14.08
Empleado + 2 o más dependientes	\$5.39	\$7.10	\$24.97

Directorio y recursos

A continuación, encontrará información de contacto y recursos importantes para Santa Clara University.

Información sobre	Grupo/Núm. de póliza	Información de contactos	
Cobertura médica			
Aetna			
• AWH HMO			
• HMO	237642	877.204.9186	www.aetna.com
• OAMC POS (HDHP)			
Kaiser	979		
• HMO		800.464.4000	www.kp.org
Cobertura dental			
Guardian			
• PPO	00056564	800.541.7846	www.guardiananytime.com
Cobertura de la vista			
Anthem - Blue View Vision			
• PPO	175028	866.723.0515	www.anthem.com/ca
Vida, AD&D e Incapacidad			
Sun Life			
• Vida/AD&D	942423	800.247.6875	www.sunlife.com/account
• Seguro de vida voluntario			
Matrix Absence Management			
• STD		877.202.0055	www.matrixabsence.com
• Licencia familiar remunerada	170701		
Reliance Standard			
• LTD	170701	800.351.7500	www.reliancestandard.com
Cuentas de Gastos Flexibles			
WEX		866.451.3399	www.wexinc.com
Cuenta de ahorros para gastos médicos			
HealthEquity		877.857.6810	www.healthequity.com
Asesor del plan de jubilación 401(k)			
TIAA		800.842.2252	www.tiaa.org
Fidelity		800.343.0860	www.fidelity.com/atwork
Portal de planeamiento de la jubilación			https://nb.fidelity.com/public/nb/scu/home
Plan de asistencia para empleados			
Concern	Código de acceso: scueap	800.344.4222	www.concern-eap.com
Seguro voluntario de cuidado de salud de largo plazo			
Genworth		877.286.2852	https://scu.myltcguide.com
Cuidado de apoyo para menor(es), adultos y mascotas			
Bright Horizons	Nombre de usuario: SantaClara Contraseña: backup12		https://clients.brighthorizons.com/scu
Plan CA 529			
Golden State ScholarShare		800.544.5248	www.scholarshare.com
Servicios de defensoría de la salud			
Health Advocate		800.695.8622	www.healthadvocate.com/members
Corredor de beneficios			
Marsh & McLennan Insurance Agency LLC 1340 Treat Boulevard, Suite 250 Walnut Creek, CA 94597		925.482.9300	www.MarshMMA.com

Paquete de avisos de beneficios de salud y bienestar de Santa Clara University

Para Enero 1st, 2024- Diciembre 31st 2024.

Estimado Empleado,

Adjunto encontrará un paquete de notificaciones y divulgaciones que pertenecen a los planes de salud y bienestar patrocinados por su empleador, según lo exige la ley federal.

Anexos

- Aviso de cobertura acreditable Medicare Parte D
- Aviso de derechos de inscripción especial HIPAA
- Aviso de prácticas de privacidad HIPAA
- Aviso sobre el Programa de Seguro de Salud Infantil (CHIP)
- Aviso sobre la Ley de Derechos Sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer (WHCRA)
- Aviso sobre la Ley para la Protección de la Salud de las Madres y Recién Nacidos (NMHPA)
- Aviso General sobre Derechos de Continuación de Cobertura COBRA

Si tiene alguna pregunta sobre el contenido de los avisos, póngase en contacto con nosotros en recursos humanos.

Medicare Parte D

AVISO DE COBERTURA ACREDITABLE

Aviso Importante de Santa Clara University sobre su Cobertura de Medicamentos con Receta Médica y Medicare

Sírvase leer este aviso cuidadosamente y conservarlo a la mano. Este Aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos con receta con Santa Clara University y sobre sus opciones en virtud de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarle a decidir si desea inscribirse o no en un plan de medicamentos de Medicare. Si está considerando inscribirse, le recomendamos comparar su cobertura actual, incluso qué medicamentos tienen cobertura a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos con receta de Medicare en su localidad. Al final de este aviso se incluye información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones respecto a su cobertura de medicamentos con receta.

Existen dos aspectos importantes que usted debe conocer acerca de su cobertura y de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare:

- 9. En 2006, la cobertura de medicamentos recetados de Medicare se volvió disponible para todos los inscritos en Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan de medicamentos con receta de Medicare o se inscribe en un Plan Advantage de Medicare (como una HMO o PPO) que ofrezca cobertura de medicamentos con receta. Todos los planes de medicamentos de Medicare ofrecen al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Además, algunos planes pueden ofrecer más cobertura sujeta a primas mensuales más altas.**
- 10. Santa Clara University ha determinado que la cobertura de medicamentos con receta que le ofrece Aetna se espera que, en promedio, pague a todos los participantes del plan una cantidad equivalente a lo que paga la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare y por lo tanto se considerará como cobertura acreditable. Debido a que su cobertura existente es Cobertura acreditable, usted puede conservar esta cobertura y no pagar una prima más alta (penalización) si posteriormente decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.**

¿Cuándo puede unirse a un plan de medicamentos recetados de Medicare?

Usted se puede inscribir en un plan de medicamentos de Medicare al obtener la elegibilidad inicial para Medicare cada año entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Sin embargo, si pierde su cobertura acreditable actual de medicamentos con receta, mientras no sea por su culpa, también calificará para un Período de Inscripción Especial (SEP) de dos (2) meses para participar en el plan de medicamentos de Medicare.

¿Qué le ocurre a su cobertura actual si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare mientras está inscrito en la cobertura de Santa Clara University como empleado activo, tenga en cuenta que su cobertura de Santa Clara University será el pagador primario de sus beneficios de medicamentos con receta y Medicare el pagador secundario. Como resultado, el valor de sus beneficios de medicamentos con receta de Medicare podría disminuir significativamente. Por lo general, Medicare será el pagador primario de sus beneficios de medicamentos con receta si usted participa en la cobertura de Santa Clara University como ex empleado.

Además, puede optar por cancelar su cobertura de Santa Clara University. Tenga presente que si decide inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare y cancela su cobertura actual de Santa Clara University, tenga presente que ni usted ni sus dependientes podrán recuperar esta cobertura.

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

También debe saber que si cancela o pierde su cobertura actual con Santa Clara University y no se une al plan de medicamentos de Medicare durante los siguientes 63 días continuos después de que termine su cobertura actual, podría pagar una prima más alta (penalización) para unirse más tarde a un plan de medicamentos de Medicare.

Si usted pasa 63 días continuos o más sin cobertura acreditable de medicamentos con receta, su prima mensual puede aumentar un mínimo de 1% de la prima mensual básica de beneficiario de Medicare por cada mes que usted no haya tenido dicha cobertura. Por ejemplo, si usted pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima será consecuentemente al menos 19% mayor que la prima base que pagan los beneficiarios de Medicare. Quizá tenga que pagar esta prima más alta (penalización) siempre que usted tenga cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Además, quizá tenga que esperar hasta en octubre próximo para inscribirse.

Si desea más información acerca de este Aviso o sobre su cobertura actual de medicamentos con receta...

Comuníquese con la persona que se indica a continuación para obtener más. **NOTA:** Usted recibirá este aviso cada año. Además, lo recibirá antes del próximo período en el que puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, y también si esta cobertura a través de Aetna cambia. Usted puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para obtener más información acerca de sus opciones en virtud de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare...

El manual "Medicare & You" (Medicare y usted) contiene información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos con receta. Medicare le enviará por correo un

ejemplar del manual todos los años. Además, los planes de medicamentos de Medicare quizá se comuniquen directamente con usted.

Si desea más información sobre la cobertura de medicamentos con receta de Medicare:

- Visite www.medicare.gov
- Llame al Programa estatal de ayuda para seguros de salud (State Health Insurance Assistance Program), al número de teléfono que se indica en el interior de la contraportada de su manual “Medicare & You”, para obtener ayuda personalizada
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene ingresos y recursos limitados, hay disponible ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Si desea información sobre esta ayuda adicional, visite el Seguro Social en la Web en www.socialsecurity.gov, o llámeles al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Recuerde: Conserve este aviso de Cobertura Acreditable. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, quizá se le solicite presentar una copia de este aviso en el momento de la inscripción para demostrar que usted ha mantenido o no su cobertura acreditable y, por lo tanto si deberá usted pagar o no una prima más alta (penalización).

Fecha: Santa Clara University

Contacto-Cargo/Oficina: recursos humanos

Dirección: 500 El Camino Real Santa Clara, CA 95053

Aviso sobre inscripción especial HIPAA

Si declina la inscripción en Santa Clara University la cobertura de salud de grupo para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a la existencia de otro seguro de salud o cobertura de plan de salud de grupo, podrán inscribirse usted y sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para la cobertura antedicha (o si el empleador deja de contribuir para dicha cobertura de usted o de sus dependientes). Sin embargo, es necesario solicitar inscripción en un plazo de 30 días después de que termine la otra cobertura de usted o de sus dependientes (o después de que el empleador cese sus contribuciones para dicha cobertura).

Además, si usted obtiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, podrán inscribirse usted y sus dependientes. Sin embargo, es necesario solicitar la inscripción en un plazo de 30 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Finalmente, usted y/o sus dependientes pueden tener derechos especiales de inscripción si se pierde la cobertura bajo Medicaid o de un programa de seguro de salud estatal (“CHIP”), o cuando usted y/o sus dependientes obtengan la elegibilidad para recibir asistencia para las primas estatales. Usted dispone de 60 días a partir de la ocurrencia de uno de estos eventos para notificar a la compañía e inscribirse en el plan.

Notificación sobre las prácticas de privacidad HIPAA

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA, Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELA CUIDADOSAMENTE.

Santa Clara University patrocina ciertos planes de salud de grupo (colectivamente, el “Plan” o “Nosotros”) para proporcionar beneficios a nuestros empleados, sus dependientes y otros participantes. Proporcionamos esta cobertura mediante varias relaciones con terceros que establecen redes de proveedores, coordinan su atención y procesan las reclamaciones de reembolso por los servicios que usted recibe. Este Aviso de prácticas de privacidad (el “Aviso”) describe las obligaciones legales de Santa Clara University, el Plan y sus derechos legales con respecto a su información de salud protegida en poder del Plan bajo HIPAA. Entre otras cosas, este Aviso describe cómo su información de salud protegida puede ser utilizada o divulgada para realizar tratamientos, pagos, gestiones de cuidado de salud o para cualquier otro propósito que esté permitido o sea requerido por la ley.

Estamos obligados a proporcionarle este Aviso en cumplimiento con la ley HIPAA. La Regla de privacidad de HIPAA protege solamente cierta información médica designada como “información de salud protegida”. Generalmente, la información de salud protegida es información de salud individualmente identificable, incluyendo información demográfica, recopilada de usted o creada o recibida por un proveedor de atención médica, un centro de información de atención médica, un plan de salud o de su empleador en nombre de un plan de salud de grupo, que se relaciona con:

- (1) su salud, condición física o mental pasada, presente o futura;
- (2) la prestación de atención médica para usted; o
- (3) el pago pasado, presente o futuro por la prestación de atención médica a usted.

Nota: Si usted está cubierto por uno o más planes de salud de grupo totalmente asegurados que le ofrece Santa Clara University, recibirá una notificación por separado con respecto a la disponibilidad de un aviso sobre las prácticas de privacidad aplicables a esa cobertura y cómo obtener una copia de la notificación directamente de la compañía de seguros.

Información de contactos

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso o sobre nuestras prácticas de privacidad, por favor comuníquese con el Oficial de Privacidad de HIPAA de Santa Clara University

Santa Clara University, Inc.
A la atención de: HIPAA Privacy Officer (Oficial de Privacidad de HIPAA)
Santa Clara University, Inc.
Attention: HIPAA Privacy Officer

500 El Camino Real
Santa Clara, CA.
95053

Fecha de vigencia

Este aviso y sus revisiones entrará en vigor a partir del Enero 1st, 2024.

Nuestras responsabilidades

La ley estipula que debemos:

- mantener la privacidad de su información médica protegida;
- proporcionarle ciertos derechos con respecto a su información médica protegida;
- proporcionarle una copia de esta Notificación de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud protegida; y
- cumplir las cláusulas del Aviso que esté actualmente en vigencia.

Nos reservamos el derecho de modificar los términos de este Aviso y de establecer nuevas provisiones con respecto a su información de salud protegida que mantenemos, según lo permita o requiera la ley. Si realizamos cualquier cambio material a este Aviso, le proporcionaremos una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad revisado. También puede obtener una copia de la última versión revisada del Aviso a través del contacto con nuestro Oficial de Privacidad en la información de contactos proporcionada anteriormente. Con excepción de lo dispuesto en este Aviso, no podemos divulgar su información de salud protegida sin su autorización previa.

Cómo podemos usar y divulgar su información de salud protegida

Según la ley, en ciertas circunstancias podemos usar o revelar sin su permiso su información de salud protegida. Las siguientes categorías describen las diferentes maneras en que podemos usar y divulgar su información de salud protegida. Para cada categoría de usos o divulgaciones explicaremos lo que queremos decir y presentaremos algunos ejemplos. No se enumerarán todos los usos o divulgaciones de una categoría. Sin embargo, todas las formas en que se nos permite usar y divulgar información de salud protegida se incluirán en una de las categorías.

Para el tratamiento

Podemos usar o revelar su información médica protegida para facilitar el tratamiento o servicios médicos por parte de los proveedores. Podemos divulgar su información médica a proveedores, incluso médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina u otro personal del hospital que esté involucrado en el cuidado de su salud. Por ejemplo, podríamos divulgar información sobre sus recetas anteriores a un farmacéutico para determinar si una receta pendiente es inapropiada o peligrosa para que usted la use.

Para el pago

Podemos usar o divulgar su información de salud protegida para determinar su elegibilidad para los beneficios del Plan, para facilitar el pago del tratamiento y los servicios que usted recibe de los proveedores de atención médica, para determinar la responsabilidad de los beneficios bajo el Plan o para coordinar la cobertura del Plan. Por ejemplo, podemos informar a su proveedor de atención médica sobre su historial médico para determinar si un tratamiento en particular es experimental, de investigación o médicamente necesario, o para determinar si el Plan cubrirá el tratamiento. También

podemos compartir su información de salud protegida con un proveedor de servicios de revisión de utilización o de precertificación. De igual manera, podemos compartir su información de salud protegida con otra entidad a fin de ayudar con la adjudicación o subrogación de reclamaciones de salud o con otro plan de salud para coordinar el pago de los beneficios.

Para gestiones de cuidados de salud

Podemos usar y divulgar su información de salud protegida para otras gestiones del Plan. Estos usos y divulgaciones son necesarios para el funcionamiento del Plan. Por ejemplo, podemos utilizar información médica en relación con la realización de actividades de evaluación y mejora de la calidad; suscripción de aseguramiento, clasificación de primas y otras actividades relacionadas con la cobertura del Plan; presentación de reclamaciones para la cobertura de limitación de pérdidas (o exceso de pérdidas); realización u organización de revisiones médicas, servicios legales, servicios de auditoría y programas de detección de fraudes y abusos; planificación y desarrollo empresarial, como la gestión de costos; y gestión empresarial y actividades administrativas generales del Plan. El Plan tiene prohibido usar o divulgar información de salud protegida que sea información genética sobre un individuo con fines de suscripción de aseguramiento.

A asociados empresariales

Podemos suscribir contratos con personas o entidades conocidos como asociados empresariales para realizar diversas funciones en nombre del Plan o para proporcionar ciertos tipos de servicios. Con el fin de realizar estas funciones o de proporcionar estos servicios, los asociados empresariales recibirán, crearán, mantendrán, utilizarán y/o divulgarán su información de salud protegida, pero solo después de que acuerden por escrito con nosotros implementar las medidas de seguridad apropiadas con respecto a su información de salud protegida. Por ejemplo, podemos divulgar su información de salud protegida a un asociado empresarial para administrar reclamaciones o para proporcionar servicios de apoyo, tales como la gestión de la utilización, gestión de beneficios de farmacia o subrogación, pero solo después de que el asociado empresarial suscriba un Acuerdo de asociado empresarial con nosotros.

Según lo estipule la ley

Divulgaremos su información de salud protegida cuando así lo exija la ley federal, estatal o local. Por ejemplo, podemos divulgar su información de salud protegida cuando así lo exijan las leyes de seguridad nacional o las leyes de divulgación de salud pública.

Para prevenir una amenaza grave a la salud o a la seguridad

Podemos usar y divulgar su información de salud protegida cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad, o a la salud y seguridad del público o de otra persona. Sin embargo, cualquier divulgación, solo se haría a alguien capaz de ayudar a prevenir la amenaza. Por ejemplo, podemos revelar su información de salud protegida en un procedimiento relacionado con la autorización de licencia de un médico.

A los patrocinadores del Plan

Para el propósito de administrar el Plan, podemos divulgar a información sobre la salud protegida a ciertos empleados del Empleador. Sin embargo, estos empleados únicamente utilizarán o divulgarán dicha información según sea necesario para realizar funciones administrativas para el Plan o de otra manera que lo requiera la ley HIPAA, a menos que usted haya autorizado divulgaciones adicionales. Su información de salud protegida no se puede utilizar para fines de empleo si no se cuenta con su autorización específica.

Situaciones especiales

Además de las situaciones antedichas, las siguientes categorías describen las diferentes maneras en que podemos usar y divulgar su información de salud protegida. Para cada categoría de usos o divulgaciones explicaremos lo que queremos decir y presentaremos algunos ejemplos. No se enumerarán todos los usos o divulgaciones de una categoría. Sin embargo, todas las formas en que se nos permite usar y divulgar información de salud protegida se incluirán en una de las categorías.

Donación de órganos y tejidos

Si usted es un donante de órganos, podemos divulgar su información de salud protegida a organizaciones que manejan la obtención y trasplante de órganos, ojos o tejidos o a un banco de donación de órganos, según sea necesario, para realizar la donación y trasplante del órgano o tejido.

Militares y veteranos

Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar su información de salud protegida según lo requieran las autoridades del comando militar. Además, podemos divulgar información de salud protegida acerca de personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera correspondiente.

Seguro de compensación a los trabajadores

Podemos divulgar su información de salud protegida para los fines del seguro de compensación a los trabajadores o programas similares. Estos programas proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Riesgos de salud pública

Podemos divulgar su información de salud protegida para acciones de salud pública. Estas acciones por lo general incluyen lo siguiente:

- prevenir o controlar enfermedades, lesiones o incapacidades;
- reportar nacimientos y fallecimientos;
- reportar abuso o abandono infantil;
- reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos;
- notificar a personas sobre la retirada del mercado de productos que puedan estar consumiendo;
- para notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o que pueda estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección;
- notificar a la autoridad gubernamental pertinente si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solo haremos esta divulgación si usted está de acuerdo, o cuando así lo requiera o lo autorice la ley.

Actividades de supervisión de la salud

Podemos divulgar su información de salud protegida a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley. Por ejemplo, estas actividades de supervisión pueden incluir auditorías, investigaciones, inspecciones y otorgamientos de licencias. El gobierno necesita estas actividades para supervisar el sistema de atención de salud y los programas gubernamentales, y para velar por el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

Demandas judiciales y disputas

Si usted está involucrado en una demanda judicial o en una disputa, podemos divulgar su información de salud protegida en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar su información de salud protegida en respuesta a una citatorio, solicitud de descubrimiento u otro proceso judicial por parte de otra persona involucrada en la disputa, pero solo si se han hecho esfuerzos para informarle sobre la solicitud o para obtener una orden que proteja la información solicitada.

Cumplimiento de la ley

Podemos divulgar su información de salud protegida si así lo solicita un funcionario del orden público,

- en respuesta a una orden judicial, citatorio, requerimiento judicial, emplazamientos o procesos legales similares;
- para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida;
- sobre la víctima de un delito si, en ciertas circunstancias limitadas, no podemos obtener el acuerdo de la víctima;
- acerca de una muerte que consideramos que puede ser el resultado de una conducta delictiva;
- acerca de una conducta delictiva; y
- en circunstancias de emergencia para reportar un delito; la ubicación del delito o de las víctimas; o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el delito.

Jueces de instrucción, médicos forenses y directores funerarios

Podemos divulgar información de salud protegida a un juez de instrucción o a un médico forense. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o para determinar la causa de la muerte. Además, podemos divulgar la información de salud de pacientes para ayudar a un director funerario según sea necesario para llevar a cabo sus obligaciones.

Actividades de seguridad nacional y servicios de inteligencia

Podemos divulgar su información de salud protegida a funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

Internos o reclusos

Si usted es un recluso de una institución correccional o está bajo la custodia de un oficial de cumplimiento de la ley, podemos divulgar su información de salud protegida a la institución correccional o al oficial de cumplimiento de la ley si es necesario (1) para que la institución le brinde atención médica; (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros; o (3) para la seguridad y protección de la institución correccional.

Investigación

Podemos divulgar su información de salud protegida a investigadores cuando:

- (1) se haya eliminado los identificadores individuales; o
- (2) cuando una junta de revisión institucional o junta de privacidad haya (a) revisado la propuesta de investigación; y (b) establecido protocolos para asegurar la privacidad de la información solicitada, y aprueba la investigación.

Divulgaciones necesarias

La siguiente es una descripción de las divulgaciones de su información de salud protegida que estamos obligados a realizar.

Auditorías gubernamentales

Estamos obligados a divulgar su información de salud protegida al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos cuando el Secretario está investigando o determinando nuestro cumplimiento de la regla de privacidad de la HIPAA.

Divulgaciones a usted

Cuando usted lo solicite, estamos obligados a divulgarle la parte de su información de salud protegida que contiene registros médicos, registros de facturación y cualquier otro registro utilizado para tomar decisiones con respecto a sus beneficios de atención médica. También estamos obligados, cuando se nos solicite, a proporcionarle un informe de la mayoría de las divulgaciones de su información médica protegida si la divulgación se hizo por razones que no fueran de pago, tratamiento u gestiones de atención médica, y si la información de salud protegida no fue divulgada de conformidad con su autorización individual.

Notificación de una infracción

Estamos obligados a notificarle en caso de que nosotros (o uno de nuestros asociados empresariales) descubra una infracción a su información de salud protegida no segura, según lo define la HIPAA.

Otras divulgaciones

Representantes personales

Divulgaremos su información de salud protegida a las personas que usted autorice, o a una persona designada como su representante personal, apoderado, etc., siempre y cuando usted nos proporcione un aviso/autorización por escrito y cualquier documento de apoyo (por ejemplo, un poder notarial). Nota: En virtud de la regla de privacidad de HIPAA, no estamos obligados a divulgar información a un representante personal si tenemos una sospecha razonable de que:

- (1) usted ha sido, o puede ser, víctima de violencia doméstica, abuso o negligencia por parte de dicha persona;
- (2) tratar a dicha persona como su representante personal podría ponerlo en peligro a usted; o
- (3) en el ejercicio o juicio profesional, no resulta en su mejor interés tratar a la persona como su representante personal.

Cónyuges y otros familiares

Salvo excepciones limitadas, enviaremos todo correo al empleado. Esto incluye el correo relacionado con el cónyuge del empleado y otros miembros de la familia que están cubiertos por el Plan, e incluye el correo con información sobre el uso de los beneficios del Plan por el cónyuge del empleado y otros miembros de la familia e información sobre la denegación de cualquier beneficio del Plan al cónyuge del empleado y otros miembros de la familia. Si una persona cubierta por el Plan ha solicitado Restricciones o Comunicaciones Confidenciales (ver más adelante bajo "Sus derechos"), y si hemos aceptado la solicitud, le enviaremos un correo electrónico según lo estipulado en la solicitud de Restricciones o Comunicaciones Confidenciales.

Autorizaciones

No se harán sin su autorización por escrito otros usos ni divulgaciones de su información de salud protegida no descritos anteriormente, incluyendo el uso y divulgación de notas de psicoterapia y el uso o divulgación de información de salud protegida para propósitos de recaudación de fondos o comercialización. Usted puede revocar su autorización escrita en cualquier momento, siempre que dicha revocatoria se haga por escrito. Una vez que el Plan reciba su revocatoria de autorización por escrito, esta causará efecto únicamente en las divulgaciones y usos futuros. No será aplicable a ninguna otra información que haya sido utilizada o divulgada en función de la autorización escrita y antes de recibir su revocatoria por escrito. Usted puede optar por no recibir comunicaciones de recaudación de fondos de nuestra parte en cualquier momento.

Sus derechos

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información de salud protegida:

Derecho de inspeccionar y copiar

Usted tiene derecho de inspeccionar y copiar cierta información de salud que se pueda utilizar para tomar decisiones acerca de sus beneficios de atención médica. Para inspeccionar y copiar su información de salud protegida, envíe su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad a la dirección proporcionada anteriormente bajo el título Información de contactos. Si usted solicita una copia de la información, podemos cobrarle una tarifa razonable por los costos de copiado, envío por correo u otros materiales relacionados con su solicitud. Podemos denegar su solicitud de inspeccionar y copiar su información de salud protegida en muy limitadas circunstancias. Si se le niega el acceso a su información de salud, puede tener derecho a solicitar que se revise la denegación y se le proporcionarán detalles sobre cómo hacerlo.

Derecho de enmienda

Si usted considera que la información de salud protegida que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede solicitarnos que enmendemos la información. Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda siempre que la información sea mantenida por o para el Plan. Para solicitar una enmienda, debe presentar su solicitud por escrito y enviarla al Oficial de Privacidad a la dirección proporcionada anteriormente bajo el título Información de contactos. Además, usted deberá proporcionar al menos un motivo que respalde su solicitud. Podemos rechazar su solicitud de enmienda si no se efectúa por escrito o si no incluye un motivo para respaldar la solicitud. Además, podemos rechazar su solicitud si usted nos solicita enmendar información que:

- No es parte de la información de salud conservada por, o para el plan;
- No fue creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para efectuar la enmienda;
- No es parte de la información a la que usted se le permitiría inspeccionar y copiar; o
- ya es exacta y completa.

Si denegamos su solicitud, usted tiene el derecho de presentar una declaración de desacuerdo con nosotros y cualquier divulgación futura de la información en disputa incluirá su declaración.

Derecho de ver el registro de las divulgaciones

Usted tiene el derecho de solicitar un “listado” o reporte de ciertas divulgaciones de su información personal de salud protegida. El listado no incluirá (1) divulgaciones para fines de tratamiento, pago o

gestiones de atención médica; (2) divulgaciones hechas a usted; (3) divulgaciones hechas de conformidad con su autorización; (4) divulgaciones hechas a amigos o familiares en su presencia o debido a una emergencia; (5) divulgaciones para fines de seguridad nacional; y (6) divulgaciones incidentales a divulgaciones que de otra manera serían permisibles.

Para solicitar este listado o informe de divulgaciones, usted debe presentar su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad en la dirección proporcionada anteriormente bajo el título Información de contactos. Su solicitud debe indicar un periodo de tiempo no mayor de seis años (tres años para expedientes médicos electrónicos) o el periodo que ABC Company haya estado sujeta a las reglas de privacidad HIPAA, si es menor.

Su solicitud debe indicar en qué forma desea el listado (por ejemplo: impreso o en formato electrónico). Intentaremos proporcionar el listado en el formato que usted lo solicitó o en otro formato acordado mutuamente si el formato solicitado no es razonablemente factible. El primer listado que solicite dentro de un período de 12 meses se le proporcionará sin costo alguno. Para listados adicionales, podemos cobrarle los costos para suministrar cada listado. Le informaremos sobre el costo involucrado y usted podrá retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de incurrir en algún costo.

Derecho a solicitar restricciones

Usted tiene derecho a solicitar una restricción o limitación sobre cuánta de su información de salud protegida podemos usar o divulgar para gestiones de tratamiento, pago o atención de salud. Además, tiene el derecho de solicitar un límite sobre su información de salud protegida que divulgamos a alguien que esté involucrado en su atención de salud o en el pago de esta, tal como un familiar o un amigo. Por ejemplo, usted podría solicitarnos que no usemos ni divulguemos información acerca de una cirugía que usted tuvo.

No estamos obligados a aceptar su solicitud. Sin embargo, si estamos de acuerdo con la solicitud, respetaremos la restricción hasta que usted la revoque o se lo notifiquemos de manera diferente. Para solicitar restricciones, usted debe hacer su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad en la dirección proporcionada anteriormente bajo el título Información de contactos. En su solicitud, debe decirnos (1) qué información desea limitar; (2) si desea limitar nuestro uso, divulgación o ambos; y (3) a quién desea que se apliquen los límites, por ejemplo, divulgaciones a su cónyuge.

Derecho de solicitar comunicaciones confidenciales

Usted tiene el derecho de solicitar que, para asuntos médicos, nos comuniquemos con usted de cierta manera o en cierta localidad. Por ejemplo, usted puede solicitar que solo nos comuniquemos con usted en el trabajo o por correo. Para solicitar comunicaciones confidenciales, usted debe hacer su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad en la dirección proporcionada anteriormente bajo el título Información de contactos. No le preguntaremos el motivo de su solicitud. Su solicitud deberá especificar cómo o dónde desea que se le contacte. Nos acomodaremos a todas las solicitudes razonables si usted proporciona claramente información de que la divulgación parcial o total de su información protegida podría ponerlo en peligro a usted.

Derecho a recibir copia impresa de este aviso

Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso. En cualquier momento, puede solicitarnos que le entreguemos una copia de este aviso. Incluso si usted ha aceptado recibir este aviso electrónicamente, tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso. Para obtener una copia impresa de este aviso, llame por teléfono o escriba al Oficial de Privacidad según se indica en la sección Información de contactos.

Si desea obtener más información, consulte [Sus derechos en virtud de HIPAA](#).

Quejas

Si usted considera que sus derechos de privacidad han sido infringidos, puede presentar una queja ante el Plan o ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Puede presentar una reclamación ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. por medio de una carta dirigida a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, puede llamar al 1-877-696-6775, o visitar <https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>.

Para presentar una queja ante el Plan, llame por teléfono y escriba al Oficial de Privacidad según se indica más arriba en Información de contactos. Usted no recibirá penalización alguna, ni represalias de ningún tipo, por presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles o ante el Plan. Le sugerimos conservar para sus registros una copia de cualquier notificación que envíe al Administrador del Plan o al Oficial de Privacidad.

Asistencia para primas bajo Medicaid y el Programa de Seguro Médico Infantil de California (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para cobertura de salud a través de su empleador, el estado donde usted reside puede tener un programa de asistencia de primas para ayudarle a pagar la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no podrán ser elegibles para estos programas de ayuda para el pago de primas, pero quizá pueda adquirir cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros de Salud. Si desea obtener más información, visite www.healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y residen en uno de los estados que se indican más adelante, comuníquese con la oficina estatal de Medicaid o CHIP para determinar si está disponible la ayuda de primas.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y usted cree que usted o cualquiera de sus dependientes podría ser elegible para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina estatal de Medicaid o de CHIP, o bien, marque el **1-877-KIDS NOW** o visite www.insurekidsnow.gov para enterarse de cómo solicitar su inscripción. Si usted califica, pregunte si el estado tiene un programa que pudiese ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir ayuda para el pago de primas en virtud de Medicaid o CHIP, así como también son elegibles en virtud del plan de su empleador, su empleador deberá permitirle inscribirse en su plan de empleador si aún no estuviese inscrito. Esto se llama una oportunidad de “inscripción especial”, y **usted debe solicitar la cobertura en un plazo no mayor de 60 días después de determinarse su elegibilidad para la ayuda de primas**. Si tiene preguntas acerca de cómo inscribirse en su plan del empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo en www.askebsa.dol.gov o llame al **1-866-444-EBSA (3272)**.

Si usted reside en uno de los estados siguientes, quizá sea elegible para recibir ayuda para el pago de las primas del plan de salud de su empleador. La lista de estados a continuación está en vigor desde el 31 de julio de 2023. Comuníquese con la oficina en su estado para obtener más información sobre elegibilidad.

ALABAMA – Medicaid	ALASKA – Medicaid
Sitio web: http://myalhipp.com/ Teléfono: 1-855-692-5447	El Programa de Pagos de la Prima de Seguros Médicos de AK (AK Health Insurance Premium Payment Program) Sitio web: http://myakhipp.com/ Teléfono: 1-866-251-4861 Correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad de Medicaid: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx
ARKANSAS – Medicaid	CALIFORNIA – Medicaid
Sitio web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Sitio web: Programa de Pago de las primas del seguro médico (Health Insurance Premium Payment, HIPP) http://dhcs.ca.gov/hipp Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov
COLORADO – Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)	FLORIDA – Medicaid
Sitio web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/ Centro de Contacto con el Miembro de Health First Colorado: 1-800-221-3943/ Retransmisión estatal 711 CHP+: https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus Servicio al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/ Retransmisión estatal 711 Programa Buy-In de Seguro Médico (HIBI): https://www.mycohibi.com/ Servicio al cliente de HIBI: 1-855-692-6442	Sitio web: https://www.flmedicaidprecovery.com/flmedicaidprecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268

GEORGIA – Medicaid	INDIANA – Medicaid
<p>Sitio web de GA HIPP: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162, presione 1 Sitio web de GA CHIPRA: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Teléfono: 678-564-1162, presione 2</p>	<p>Plan Healthy Indiana para adultos de bajos ingresos 19-64 Sitio web: http://www.in.gov/fssa/hip/ Teléfono: 1-877-438-4479 Todos los demás de Medicaid Sitio web: https://www.in.gov/medicaid/ Teléfono: 1-800-457-4584</p>
IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)	KANSAS – Medicaid
<p>Sitio web de Medicaid: https://dhs.iowa.gov/ime/members Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366 Sitio web de Hawki: http://dhs.iowa.gov/Hawki Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563 Sitio web de HIPP: https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp Teléfono de HIPP: 1-888-346-9562</p>	<p>Sitio web: https://www.kancare.ks.gov/ Teléfono: 1-800-792-4884 Teléfono de HIPP: 1-800-967-4660</p>
KENTUCKY – Medicaid	LOUISIANA – Medicaid
<p>Sitio web del Programa Integrado de Pago de las Primas del Seguro médico de Kentucky (Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program, KI-HIPP): https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Teléfono: 1-855-459-6328 Correo electrónico: KIHIPPPROGRAM@ky.gov Sitio web de KCHIP: https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-877-524-4718 Sitio web de Kentucky Medicaid: https://chfs.ky.gov/agencies/dms</p>	<p>Sitio web: www.medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp Teléfono: 1-888-342-6207 (Línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)</p>
MAINE – Medicaid	MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP
<p>Sitio web de inscripciones: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Servicio de retransmisión de Maine 711 Página web de la prima del seguro médico privado: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-977-6740 TTY: Servicio de retransmisión de Maine 711</p>	<p>Sitio web: https://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840 TTY: 711 Correo electrónico: masspremiumassistance@accenture.com</p>
MINNESOTA – Medicaid	MISSOURI – Medicaid
<p>Sitio web: https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp Teléfono: 1-800-657-3739</p>	<p>Sitio web: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005</p>
MONTANA – Medicaid	NEBRASKA – Medicaid
<p>Sitio web: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084 Correo electrónico: HSHIPPProgram@mt.gov</p>	<p>Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178</p>

NEVADA – Medicaid	NEW HAMPSHIRE – Medicaid
Sitio web de Medicaid: http://dhcfnv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900	Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Teléfono: 603-271-5218 Número sin costo para el programa HIPP: 1-800-852-3345, ext. 5218
NEW JERSEY – Medicaid y CHIP	NEW YORK – 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.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710	Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831
NORTH CAROLINA – Medicaid	NORTH DAKOTA – Medicaid
Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov/ Teléfono: 919-855-4100	Sitio web: https://www.hhs.nd.gov/healthcare Teléfono: 1-844-854-4825
OKLAHOMA – Medicaid y CHIP	OREGON – Medicaid
Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742	Sitio web: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-800-699-9075
PENNSYLVANIA – Medicaid y CHIP	RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIP-P-Program.aspx Teléfono: 1-800-692-7462 Sitio web de CHIP: Children's Health Insurance Program (CHIP) (pa.gov) Teléfono de CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)	Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 1-855-697-4347, o 401-462-0311 (Línea directa Rlte Share)
SOUTH CAROLINA – Medicaid	SOUTH DAKOTA – Medicaid
Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820	Sitio web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059
TEXAS – Medicaid	UTAH – Medicaid y CHIP
Sitio web: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Texas Health and Human Services Teléfono: 1-800-440-0493	Sitio web de Medicaid: https://medicaid.utah.gov/ Sitio web de CHIP: http://health.utah.gov/chip Teléfono: 1-877-543-7669
VERMONT – Medicaid	VIRGINIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Department of Vermont Health Access Teléfono: 1-800-250-8427	Sitio web: https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs Teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924
WASHINGTON – Medicaid	WEST VIRGINIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.hca.wa.gov/ Teléfono: 1-800-562-3022	Sitio web: https://dhhr.wv.gov/bms/ http://mywvhipp.com/ Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 Línea telefónica sin costo de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)

WISCONSIN – Medicaid y CHIP	WYOMING – Medicaid
Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002	Sitio web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Teléfono: 1-800-251-1269

Para ver si otros estados han agregado un programa de ayuda de primas desde el 31 de julio de 2023, o para obtener más información sobre derechos especiales de inscripción, puede comunicarse con cualquiera de los siguientes:

U.S. Department of Labor
 Employee Benefits Security Administration
www.dol.gov/agencies/ebsa
 1-866-444-EBSA (3272)

U.S. Department of Health and Human Services
 Centers for Medicare & Medicaid Services
www.cms.hhs.gov
 1-877-267-2323, Opción de menú 4, Ext. 61565

Aviso sobre la Ley de Derechos Sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer (WHCRA)

¿Sabe usted que su Plan, según lo estipula la Ley de Derechos Sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998 (WHCRA), proporciona beneficios para los servicios relacionados con la mastectomía, que incluyen todas las etapas de reconstrucción y cirugía para lograr la simetría entre los senos, prótesis y las complicaciones resultantes de una mastectomía, incluyendo el linfedema? Llame al administrador del Plan: al [inserte número de teléfono] para obtener más información.

Estos beneficios se suministrarán sujetos a los mismos deducibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos suministrados en virtud de este plan. Si desea más información sobre los beneficios de la WHCRA, comuníquese con su administrador del plan en recursos humanos.

Aviso sobre la ley para la Protección de la Salud de las Madres y los Recién Nacidos (NMHPA)

En virtud de las leyes federales, los emisores de planes de salud de grupo y de seguros de salud generalmente no pueden restringir beneficios pertinentes al tiempo de hospitalización en relación con un parto, para la madre o para el recién nacido, a menos de 48 horas después de un parto vaginal ni a menos de 96 horas después de un parto por cesárea. Sin embargo, la ley Federal generalmente no prohíbe que el proveedor de atención médica que atiende a la madre o al recién nacido, después de consultarlo con la madre, pueda dar el alta hospitalaria a la madre o a su recién nacido antes de transcurridas 48 horas (o 96 horas según corresponda). En cualquier caso, los planes de salud y los emisores no pueden, en virtud de la ley federal, requerir que un proveedor obtenga autorización del plan o del emisor del seguro para recomendar un tiempo de hospitalización que no exceda 48 horas (o 96 horas).

Modelo de Aviso general de derechos de continuación de cobertura COBRA

**** Derechos de continuación de cobertura en virtud de COBRA****

Introducción

Usted está recibiendo esta notificación porque ha obtenido recientemente la cobertura en virtud de un plan de salud de grupo (el Plan). Este aviso contiene información importante acerca de su derecho a la continuación de cobertura COBRA, la cual es una extensión temporal de la cobertura en virtud del Plan. **Este aviso explica la continuación de cobertura COBRA, cuando puede estar disponible para usted y su familia, y qué necesita usted para proteger su derecho de obtenerla.** Cuando usted es elegible para COBRA, también puede ser elegible para otras opciones de cobertura que pueden costar menos que la continuación de cobertura COBRA.

El derecho a la continuación de cobertura COBRA fue creado por una ley federal: la Ley Omnibus de Reconciliación Presupuestaria Consolidada de 1985 (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act of 1985, COBRA). La continuación de cobertura COBRA puede estar disponible para usted y otros miembros de su familia cuando la cobertura de salud de grupo de otra manera hubiese terminado. Para obtener más información acerca de sus derechos y obligaciones en virtud del Plan y en virtud de la ley federal le recomendamos consultar la descripción resumida de su Plan o comunicarse con el Administrador del Plan.

Puede haber otras opciones disponibles para usted cuando pierde la cobertura de salud de grupo. 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 en sus primas mensuales y menores gastos de su propio bolsillo. Además, puede calificar para un período de inscripción especial de 30 días para otro plan de salud de grupo para el cual usted sea elegible (tal como un plan de su cónyuge), incluso si dicho plan por lo general no acepta inscripciones tardías.

¿Qué es la continuación de cobertura COBRA?

La continuación de cobertura COBRA es una continuación de cobertura del plan, que de otra manera terminaría, en virtud de un evento de vida. Esto se conoce como un “evento calificado”. Los eventos calificados específicos se enumeran más adelante en este aviso. Después de un evento calificado, la continuación de cobertura COBRA deberá ofrecerse a cada persona que sea un “beneficiario calificado”. Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían ser beneficiarios calificados si se pierde la cobertura en virtud del Plan debido al evento calificado. En virtud del Plan, los beneficiarios calificados que eligen la continuación de cobertura de COBRA debe pagar la continuación de cobertura de COBRA.

Si usted es empleado, será beneficiario calificado si pierde su cobertura en virtud del Plan debido a los siguientes eventos calificados:

- Se reducen sus horas de empleo, o
- Termina su empleo por alguna razón que no sea por faltas graves.

Si usted es el cónyuge de un empleado, usted será beneficiario calificado si pierde su cobertura en virtud del Plan debido a los siguientes eventos calificados:

- Fallece su cónyuge;
- Se reducen las horas de empleo de su cónyuge;
- Termina el empleo del cónyuge por alguna razón que no sea por faltas graves;
- Su cónyuge se vuelve elegible para recibir beneficios de Medicare (en virtud de la Parte A, Parte B, o ambas); o
- Usted se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge.

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

- Fallece el padre/empleado;
- Se reducen las horas de empleo del padre-empleado;
- Termina el empleo del padre-empleado por cualquier razón que no sea por faltas graves;
- El padre-empleado obtiene elegibilidad para los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas);
- Los padres se divorcian o se separan legalmente; o
- El menor deja de ser elegible para cobertura en virtud del Plan como “hijo dependiente”.

¿Cuándo está disponible la continuación de cobertura COBRA?

El Plan ofrecerá la continuación de cobertura COBRA a los beneficiarios calificados únicamente después de que el Administrador del Plan haya sido notificado de que se ha producido un evento calificado. El empleador debe notificar al Administrador del Plan los siguientes eventos calificados:

- El cese de empleo o la reducción de horas de empleo;
- Fallecimiento del empleado;
- o
- El empleado es ahora elegible para recibir beneficios de Medicare (en virtud de la Parte A, Parte B, o ambas).

Para todos los otros eventos calificados (divorcio o separación legal del empleado y del cónyuge o si un hijo pierde la elegibilidad de cobertura como hijo dependiente), usted debe notificarlo al Administrador del Plan dentro de los 60 días después de ocurrido el evento calificado.

¿Cómo se proporciona la continuación de cobertura COBRA?

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

La continuación de cobertura COBRA es una continuación de cobertura temporal que dura por lo general 18 meses debido al cese de empleo o a la reducción de horas de trabajo. Algunos eventos calificados, o un segundo evento calificado durante el período inicial de cobertura, pueden permitir a un beneficiario recibir un máximo de 36 meses de cobertura.

También hay formas en las que este período de 18 meses de continuación de cobertura COBRA pueda ser prorrogado:

Prórroga por incapacidad del período de 18 meses de la continuación de cobertura COBRA

Si usted o alguien en su familia, cubiertos en virtud del Plan, recibe una determinación de incapacidad por parte del Seguro Social y usted lo notifica al Administrador del Plan en forma oportuna, usted y toda su familia pueden tener derecho a obtener hasta 11 meses adicionales de continuación de cobertura COBRA, hasta por un máximo de 29 meses. La incapacidad debe haber comenzado en algún momento antes del día 60 de la continuación de cobertura Cobra y debe durar al menos hasta el final del período de 18 meses de continuación de cobertura COBRA.

Segundo evento calificado para la prórroga del período de 18 meses de continuación de cobertura

Si su familia tiene otro evento calificado durante los 18 meses de la continuación de cobertura COBRA, el cónyuge y los hijos dependientes en su familia pueden obtener hasta 18 meses adicionales de continuación de cobertura COBRA, hasta un máximo de 36 meses, si el Plan recibe la notificación correspondiente del segundo evento calificado. Esta prórroga puede estar disponible para el cónyuge y para cualesquier hijos dependientes que estén recibiendo la continuación de cobertura COBRA si el empleado o ex empleado fallece, adquiere el derecho a recibir beneficios de Medicare (en virtud de la Parte A, Parte B, o ambas) se divorcia o se separa legalmente; o si el hijo dependiente deja de ser elegible en virtud del Plan como hijo dependiente. Esta prórroga está disponible únicamente si el segundo evento calificado habría provocado que el cónyuge o el hijo dependiente perdiesen la cobertura en virtud del Plan si el primer evento calificado no hubiese ocurrido.

¿Existen otras opciones a parte de la continuación de cobertura COBRA?

Sí. En vez de inscribirse en la continuación de 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 de Salud Infantil \(CHIP\)](#), u otras opciones de cobertura de un plan de salud de grupo (como el plan de un cónyuge) a través de lo que se denomina "período de inscripción especial". Algunas de estas opciones pueden costar menos que la continuación de cobertura COBRA. Puede conocer más sobre muchas de esas opciones en www.HealthCare.gov.

¿Puedo inscribirme en Medicare en lugar de continuar la cobertura de COBRA después de que termine la cobertura de mi plan de salud de grupo?

En general, si no se inscribe en la Parte A o B de Medicare cuando es elegible por primera vez porque todavía está empleado, después del período de inscripción inicial de Medicare, dispone de un período de inscripción especial de 8 meses¹ para inscribirse en la Parte A o B de Medicare, que comienza en la más temprana de las fechas siguientes:

- El mes siguiente a la terminación de su empleo; o
- El mes siguiente a la terminación de la cobertura del plan de salud de grupo basado en el empleo actual.

Si no se inscribe en Medicare y en su lugar elige la continuación de cobertura de COBRA, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte B y además tenga un lapso de cobertura si decide que quiere inscribirse en la Parte B posteriormente. Si elige la continuación de cobertura de COBRA y luego se inscribe en la Parte A o B de Medicare antes de que termine la continuación de cobertura de COBRA, el Plan puede terminar su continuación de cobertura. Sin embargo, si la Parte A o B de Medicare entra en vigor en la fecha de la elección de COBRA o antes, la cobertura COBRA no podrá interrumpirse a causa del derecho a Medicare, incluso si se inscribe en la otra parte de Medicare después de la fecha de la elección de la cobertura COBRA.

Si está inscrito en la continuación de cobertura de COBRA y en Medicare, Medicare generalmente pagará primero (pagador primario) y la continuación de cobertura de COBRA pagará segundo. Ciertos planes pueden pagar como si fueran secundarios a Medicare, incluso si usted no está inscrito en Medicare.

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

Si tiene preguntas

Las preguntas respecto a su Plan o a sus derechos de continuación de cobertura COBRA deben dirigirse a la persona o personas de contacto que se identifican más adelante. Para obtener más información acerca de sus derechos en virtud de la Ley de Seguridad de Beneficios de los Empleados (ERISA), incluida la continuación de cobertura COBRA, y la Ley de Protección al Paciente y de Cuidado de Salud de Precio Bajo, y otras leyes que afectan los planes de salud de grupo, comuníquese con la Oficina Regional o de Distrito más cercana de la Labour's Employee Benefits Security Administration (EBSA) del Departamento de Trabajo de EE. UU. en su región o visite www.dol.gov/agencies/ebsa. (Las direcciones y números de teléfonos de las oficinas regionales y de Distrito de EBSA están disponibles a través del sitio web de EBSA). Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov.

¹ <https://www.medicare.gov/basics/get-started-with-medicare/sign-up/when-does-medicare-coverage-start>. These rules are different for people with End Stage Renal Disease (ESRD).

Mantenga informado a su Plan sobre los cambios de dirección

Con el fin de proteger los derechos de su familia, comuníquelo al Administrador del Plan cualquier cambio en las direcciones de sus familiares. Además, le sugerimos conservar una copia, para sus registros, de cualesquier avisos que usted envíe al Administrador del Plan.

APPENDIX

These are additional notices that may be appropriate based upon an employer's circumstances. We included the Surprise Billing Notice to assist with an employer's obligation to post the notice on its website (in those rare circumstances where it may be necessary).

- Referencias Cruzadas de Medicare Parte D
- Aviso de Cobertura No Acreditable de Medicare Parte D
- Aviso de Disponibilidad de Privacidad de HIPAA
- Aviso de condición protegida de ACA
- Aviso del Programa de Bienestar HIPAA Reasonable Alternative Standards (RAS) - Planes médicos con programas de bienestar que ofrecen incentivos contingentes de salud
- Aviso del Programa de Bienestar EEOC
- Aviso de facturación médica sorpresa – “Sus derechos y protecciones contra las facturas médicas sorpresa”



This document is not intended to be taken as advice regarding any individual situation and should not be relied upon as such. Marsh & McLennan Agency LLC shall have no obligation to update this publication and shall have no liability to you or any other party arising out of this publication or any matter contained herein. Any statements concerning actuarial, tax, accounting or legal matters are based solely on our experience as consultants and are not to be relied upon as actuarial, accounting, tax or legal advice, for which you should consult your own professional advisors. Any modeling analytics or projections are subject to inherent uncertainty and the analysis could be materially affected if any underlying assumptions, conditions, information or factors are inaccurate or incomplete or should change. d/b/a in California as Marsh & McLennan Insurance Agency LLC; CA Insurance Lic: 0H18131. Copyright © 2021 Marsh & McLennan Agency LLC. All rights reserved. MarshMMA.com

A business of Marsh McLennan

Your future is limitless.™