¡Bienvenido a los Beneficios de The Claremont Colleges de 2018!

Como empleado valioso de The Claremont Colleges, nos complace ofrecerle una amplia variedad de beneficios para proteger su salud, su familia y su manera de vida, incluyendo:

- **Cobertura de salud,** incluyendo beneficios médicos, dentales y ópticos
- **Recursos de vida y trabajo** por medio del Programa de Asistencia para los Empleados
- **Protección económica** para usted y su familia, que incluye coberturas de incapacidad y de seguro de vida
- **Oportunidades de ahorros** de retiro por medio del plan 403(b)
- **Otros beneficios voluntarios** como las Cuentas de Gastos Flexibles (FSA) o la Cuenta de Ahorros de Salud (HSA)

Este folleto subraya algunos detalles del plan y las costos por sus beneficios de 2018. Puede encontrar más información en la *Guía de Beneficios de 2018* en:

- www.cuc.claremont.edu/benefits
- https://www.pitzer.edu/human-resources/benefits/
- http://my.pomona.edu

Cuándo Inscribirse

A continuación se dan algunas guías de cuándo puede inscribirse en los beneficios. Para más información cómo inscribirse, vea la página 12.

Durante la Inscripción Abierta

Cada año, tendrá la oportunidad de elegir sus beneficios para el año siguiente durante la Inscripción Abierta. La Inscripción Abierta para beneficios del 2018 se inicia el lunes 30 de octubre hasta el viernes 17 de noviembre del 2017.

Como Empleado Nuevo

Si es elegible, debe inscribirse dentro de 31 días siguientes a su Fecha de Eligibilidad. Si se inscribe en los beneficios durante este período de 31 días, la cobertura entrará en vigencia en su Fecha de Eligibilidad de Beneficios.

Inscripción Durante el Año

Si no se inscribe en los beneficios de The Claremont Colleges durante el período de Inscripción Abierta cada otoño, no podrá inscribirse sino hasta el siguiente período de inscripción, a menos que tenga un cambio calificado de estatus familiar, por ejemplo si obtiene matrimonio o el nacimiento de un niño. En ese caso, puede cambiar su cobertura dentro de los 31 días siguientes al evento y entregar la documentación necesaria, por ejemplo el certificado de matrimonio o certificado de nacimiento.

Pomona College · Claremont Graduate University · Claremont University Consortium Serving The Claremont Colleges · Scripps The Women's College · Claremont · Claremont McKenna College · Harvey Mudd College · Rancho Santa Ana Botanic Garden · Pitzer College · KGI Keck Graduate Institute

Quién es Elegible para los Beneficios

Es elegible para participar en los beneficios de The Claremont Colleges si es un empleado regular que trabaja al menos 20 horas a la semana.

Un empleado elegible para los beneficios se define como:

a. Un miembro de la facultad que trabaja al menos la mitad de tiempo durante al menos un semestre, con la **excepción** de la facultad adjunta de Claremont Graduate University (CGU), o

b. Un miembro de la facultad que tiene un programa para enseñar al menos tres clases en el curso del año académico, o

c. Un miembro del personal en un puesto regular que trabaja al menos 20 horas por semana, o

d. Un empleado elegible para los beneficios con subsidio en CGU, como se indica:
   1. Un empleado con un puesto que es financiado por un subsidio que específicamente incluye los gastos del empleador por la cobertura de los beneficios, **Y**
   2. El empleado cumple con el número que se requiere de horas programadas de trabajo que se definen arriba.

Todos los demás empleados no son elegibles a los beneficios médicos, a menos que cumplan los criterios para los beneficios médicos según la Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio que se define en el Declaración de Elegibilidad de los Programas de Beneficios para Empleados Administrativamente Centralizados en www.claremont.edu/benefits.

Dependientes Elegibles

Si se inscribe en la cobertura de los planes de beneficios de The Claremont Colleges, también puede inscribir a sus dependientes elegibles. Los dependientes elegibles incluyen:

- Cónyuge
- Pareja doméstica
- Hijos hasta los 26 años de edad, e hijos de cualquier edad que estén incapacitados mental o físicamente y cumplan con ciertos requisitos
- Hijastros o hijos de su pareja doméstica hasta los 26 años de edad

Evento Calificado de Vida[1]

Los eventos calificados le permiten hacer cambios en sus beneficios a mediados el año. Con el fin de ser elegible debe tener uno de los siguientes eventos y entregar documentación requerida a la Administración de Beneficios dentro de los 31 días siguientes:

- Nacimiento/adopción
- Matrimonio/divorcio
- Pérdida de cobertura
- Un dependiente obtiene cobertura en otro lugar

[1] *Por favor comuníquese con su representante de beneficios para hablar sobre su evento de vida.*

Un Vistazo a los Beneficios

Los planes médicos, dentales y ópticos proporcionan cobertura amplia para permitirle escoger el plan que funcione para sus necesidades y su presupuesto. Para una comparación de Planes Médicos, vea la página 8. Para comparaciones de los planes Dentales y Ópticos, vea la página 9.

Beneficios pagados por usted y The Claremont Colleges

Tipo de Beneficio	Planes de Beneficios Disponibles	Nombre de la Aseguradora	Descripción Breve
Planes Médicos (incluye cobertura de recetas médicas)	Plan HDHP con HSA de Lumenos	Anthem Blue Cross	Con el plan HDHP de Lumenos, tiene más control sobre cómo gasta su dinero para la salud.
	HMO de Blue Cross (CaliforniaCare)		Con los planes HMO, debe ver a un proveedor de la red, no hay cobertura fuera de la red.
	Plan HMO	Kaiser Permanente	
Cuenta de Ahorros de Salud (HSA)	Disponible solamente con el plan HDHP de Lumenos	Benefit Wallet (Mellon Bank)	Una cuenta de ahorros creada con contribuciones antes de impuestos del empleado y se utiliza para pagar gastos médicos calificados. Las regulaciones federales limitan las cuentas HSA para planes que tienen un deducible alto, como el plan HDHP Lumenos de Anthem.
Planes Dentales	Plan DHMO	Cigna	Con el plan HMO debe ver a un proveedor de la red; no hay cobertura fuera de la red.
	Plan DPPO		Con la cobertura PPO, puede usar un proveedor dental de su elección pero recibirá servicios con descuento utilizando un proveedor de la red Cigna.
Planes Ópticos	Plan Básico	Anthem	Con el Plan Básico, debe ver proveedores de la red; no hay cobertura fuera de la red.
	Plan de Compra		Con el Plan de Compra Alta, puede ver proveedores en la red o fuera de la red, pero recibirá beneficios mayores cuando se quede en la red.
Retiro	Plan de Retiro del Personal Académico (ARP)	TIAA	Ahorre para su futuro con el plan ARP de los colegios. Las contribuciones del empleador se hacen como un porcentaje de la remuneración elegible. Los ahorros electivos voluntarios del empleado pueden hacerse antes de impuestos o después de impuestos para los planes tipo Roth.

Continúa ➔

Un Vistazo a sus Beneficios (continúa)

	Tipo de Beneficio	Planes de Beneficios Disponibles	Nombre de la Aseguradora	Descripción Breve
Beneficios totalmente pagados por usted	**Cuentas de Gastos Flexibles (FSA)**	Cuenta FSA de Salud Cuenta FSA Limitada de Salud Cuenta FSA por el Cuidado de los Dependientes	PayFlex	Las cuentas FSA le ayudan a que su dinero vaya más lejos al permitirle ahorrar dinero antes de impuestos para pagar por gastos de salud y por el cuidado de sus dependientes.
	Seguro Voluntario de Vida	Seguro de Vida Voluntario del Empleado Seguro de Vida Voluntario para el Cónyuge Seguro de Vida Voluntario para Hijos	The Standard	1–4 veces su ingreso básico anual (redondeado al siguiente $1,000 más alto), hasta un máximo de $1 millón. Múltiples de $10,000 hasta un máximo de $250,000 ó 50% de la cobertura combinada suya del Seguro de Vida Básico y Suplementario. $1,000 ó $5,000 dependiendo de la edad del hijo en el momento de la elección.
	Seguro Voluntario por Muerte y Desmembramiento Accidental (AD&D)	Cobertura Individual o Familiar	Zurich	Cobertura individual o familiar en múltiples de $25,000 hasta $500,000. El seguro AD&D proporciona cobertura en caso de su muerte o de una lesión grave debida a un accidente.
	Plan de Cuidado a Largo Plazo Voluntario	La cobertura está a disposición suya, de su cónyuge, de sus hijos y de los demás miembros de su familia que tengan entre 18 y 75 años de edad	Genworth	Además de la cobertura convencional en casas de enfermería, la póliza cubre servicios recibidos en su propia casa; se pudieran cubrir otros tipos de centros de cuidado. Comuníquese con Genworth para una cotización de precio.
	Seguro Voluntario de Mascotas	Cobertura para sus mascotas	Pet's Best	El seguro de mascotas puede ayudarle a pagar el costo de los tratamientos médicos por accidentes, enfermedades y atención médica rutinaria de sus mascotas.
Beneficios pagados 100% por The Claremont Colleges	**Seguro Básico de Vida**	La cobertura para usted, pagada a su familia en caso de que usted fallezca	The Standard	Toda la facultad y el personal elegible para recibir beneficios tambien reciben el Seguro de Vida Básico que equivale a su ingreso annual; un mínimo de $20,000 hasta un máximo de $50,000.
	Plan de Incapacidad a Largo Plazo	Cobertura para usted	The Standard	La facultad y el personal elegible para beneficios y que trabaje 30 horas o más por semana, son automáticamente inscritos al comienzo de su empleo para cobertura de incapacidad a largo plazo. *Excepción: El personal del Rancho Santa Ana Botanic Gardens pueden elegir la cobertura y pagar 50% de la prima.*
	Programa de Asistencia para los Empleados (EAP)	Puede escoger la cobertura para usted, su cónyuge y sus dependientes	Optum Health	Se dispone de asesoría y consejería confidencial para la facultad y el personal sin ningún costo por medio del programa EAP. Los empleados y sus cónyuges legales, parejas domésticas y dependientes elegibles reciben hasta 5 sesiones de consejería con un terapeuta con licencia/certificado por teléfono o en persona por familiar, por asunto, cada año calendario. Y, hay muchos otros beneficios disponibles por medio del programa EAP, que se detallan en la Guía de Beneficios. El acceso al programa EAP está disponible las 24/7 todo el año.

La información detallada sobre todos los beneficios anteriores está disponible en su *Guía de Beneficios de 2018*, que puede encontrarse en:

- www.cuc.claremont.edu/benefits
- http://pitweb.pitzer.edu/human-resources/benefits/
- http://my.pomona.edu

Información Importante Sobre las Cuentas de Gastos Flexibles (FSA)

Tres razones para considerar una cuenta FSA:

1. **Reduce su ingreso sujeto a impuesto.** Al contribuir a estas cuentas antes de impuestos, reduce su ingreso sujeto a impuestos.
2. **Ahorra dinero.** Ya que tiene que gastar el dinero que con tanto trabajo gana en gastos comunes como deducibles, copagos, coseguro, o en gastos para el cuidado de sus niños, ¿por qué no pagar estos gastos antes de impuestos?
3. **Ahorre también en los gastos por sus dependientes[1].** Los gastos de sus dependientes también son elegibles para reembolso por medio de estas cuentas, pero debe asegurarse de que sus dependientes sepan cómo utlizar su cuenta FSA para maximizar el ahorro de toda la familia.

- **Debe Volverse a Inscribir en las Cuentas de Gastos Flexibles (FSA) Cada Año**
  - Según las regulaciones del IRS, tiene obligación de inscribirse activamente en las Cuentas de Gastos Elegibles de Salud, Limitada de Salud o por el Cuidado de los Dependientes cada año. Esto significa que si está actualmente inscrito en una cuenta FSA en 2017, sus elecciones de 2017 no se transferirán a 2018. ¡Asegúrese que se inscribe en las cuentas FSA cada año antes de la fecha límite de inscripción!
- **Uso de su cuenta FSA para Pagar Gastos Médicos y Dentales**
  - Cuando abra una cuenta FSA, recibirá un tarjeta de débito para pagar los gastos de salud calificados.
  - **En el consultorio del doctor:** Dependiendo del plan en que esté inscrito, pudiera tener que pagar un copago por algunos servicios cuando vea a su doctor. Sólo tiene que presentar su tarjeta de débito en el momento del servicio para pagar el copago y el dinero se deducirá automáticamente de su cuenta.
  - **En la farmacia:** Si su doctor le escribe una receta, puede usar las herramientas de Anthem en línea para verificar precios y encontrar una farmacia en la red. Una vez que haya entregado su receta y la farmacia le avise que ya está lista para recogerla, use su tarjeta de débito FSA para acceder al dinero de su cuenta FSA y pagar la farmacia.
  - **Con el dentista:** Si su dentista exige que le pague en el consultorio, presente su tarjeta de débito FSA y el dinero se deducirá automáticamente de su cuenta.
- **Presentación de un Formulario de Reclamo FSA**
  - En vez de usar su tarjeta de débito FSA, puede pagar los gastos elegibles con dinero en efectivo, cheque o su tarjeta de crédito personal. Luego, entregue en línea un reclamo a PayFlex para el reembolso en www.payflex.com. O, envíe un reclamo impreso a PayFlex Systems USA, Inc., P.O. Box 91158, El Paso, TX 79998-1158. Fax: 855-703-5305.
  - **Nota:** Cuando entregue un reclamo, su reclamo se aprobara solamente si incluye un recibo pormenorizado que incluya la información siguiente:
    - Nombre y dirección del proveedor,
    - Nombre del paciente,
    - Descripción o tipo de servicio,
    - Fecha de servicio (no la fecha del pago), y
    - Cantidad de dinero cobrado por el gasto.
  - **Nota:** Si usa su cuenta FSA de Salud o la Cuenta FSA Limitada para pagar gastos dentales antes de que su seguro procese el gasto, el reclamo pudiera causar que le pidan más información. Visite www.payflex.com para más información sobre la comprobación dental.

Cuenta FSA por el Cuidado de los Dependientes
Cuenta FSA por el Cuidado de sus Dependientes La cuenta FSA por el Cuidado de sus Dependientes le permite a usted (o a su cónyuge si es casado/a) trabajar y contribuir dinero antes de impuestos hacia una cuenta para pagar el cuidado elegible de sus niños y adultos mayores. Puede contribuir un mínimo de $300 y un máximo de $5,000 ($2,500 si está casado/a y presenta una declaración separada).

[1] Las parejas domésticas y los dependientes de las parejas domésticas no son elegibles para el reembolso de la cuenta FSA. Los gastos por hijos dependientes pueden pagarse con su cuenta FSA hasta que el hijo tenga 27 años al final de su año de impuestos.

4 PISTAS: Aproveche al máximo su cobertura

PISTA #1: Mantenga su salud con atencion preventiva

Saque el mayor provecho de su dinero para la salud aprovechando los beneficios de atención preventiva del plan. Todos nuestros planes médicos pagan 100% de los servicios preventivos cubiertos.

Atención Preventiva: Consumidores Inteligentes
Nuestros planes médicos ofrecen Health Coaching, que está disponible para ayudarle a elegir estilos de vida positivos, por ejemplo agregar ejercicio o entrenamiento de fuerza a su rutina diaria, manejar su peso, comer mejor y manejar su estrés. El servicio es gratuito, personalizado y totalmente confidencial. Para encontrar información que le ayude a tomar decisiones inteligentes, visite www.anthem.com o www.kp.org.

Use sus beneficios de salud preventiva
La atención preventiva ayuda a identificar temprano problemas potenciales de salud, cuando es más fácil y menos costoso tratarlos.

1. **Use un doctor de la red.** Encuentre uno usando la herramienta Find a Doctor en la página de Anthem (www.anthem.com/ca), la página de Kaiser Permanente (www.kp.org) o la Aplicación Móvil de KP que está (disponible para celulares Android o Apple).
2. **Sepa lo que se cubre.** Los servicios de atención preventiva en la red, como los exámenes físicos, las pruebas de laboratorio y rayos X que se relacionen, las pruebas de Papanicolau, las mamografías, los exámenes de la próstata y del colorecto (incluso la colonoscopía), así como inmunizaciones excluyendo las vacunas por viaje, se cubren al 100% en todos nuestros planes médicos (sujeto a ciertas directrices en cuanto a lo que es apropiado por edad y frecuencia). Para encontrar la lista completa de los servicios preventivos cubiertos, revise el Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) de su plan, que está disponible en la *Guía de Beneficios de 2018*.

Pregunta Rápida: ¿Qué sucede si me facturan la Atención Preventiva?
La atención preventiva en la red se cubre al 100% (sujeta a ciertas guías), pero ¿qué sucede si el doctor marca el servicio de atención preventiva como un servicio de diagnóstico? Si recibe una cuenta por un servicio preventivo cubierto, comuníquese con su administrador del plan para corregir el problema.
Nota: Si, como parte de un examen físico, recibe un tratamiento o pruebas para una condición para la cual ya ha recibido un diagnóstico—por ejemplo, un escaneo óseo para osteoporosis diagnosticada—ese servicio pudiera no considerarse preventivo y se pudiera aplicar el deducible y el coseguro.

PISTA #2: Pague menos por las recetas médicas

En el caso de servicios y medicinas no preventivas, debe pagar todo el deducible (del plan HDHP de Lumenos) antes de que el plan médico pague ningún beneficio, incluso los beneficios de recetas médicas. (Sin embargo, note que ciertas medicinas preventivas se cubren al 100% y no están sujetas al deducible).

Éstas son algunas maneras de ahorrar en el costo de sus recetas médicas:

Use genéricas

No pague más por las recetas médicas de lo que necesita—pregunte a su doctor si hay una genérica disponible. En promedio, las medicinas genéricas cuestan entre 30% y 70% menos que sus equivalentes de marca pero tienen los mismos ingredientes activos, calidad y potencia.

Utilice los pedidos por correo

Ahorre dinero en las medicinas de mantenimiento (medicinas que toma de manera regular para condiciones crónicas como la diabetes y la presión arterial elevada) ordenándolas usando el programa de pedidos por correo de su plan médico. Recibirá un surtido mayor con un menor costo.

Averigüe si sus medicinas son preventivas

Ciertas medicinas preventivas no están sujetas al deducible. Puede encontrar la lista completa en la página de su plan médico.

PISTA **#3:** Sepa a dónde ir en una emergencia

¿Necesita atención ahora? La sala de emergencias no es siempre la mejor opción. Considere usar un centro de urgencias para atención más rápida y mejores costos. Si está teniendo una emergencia que verdaderamente amenace la vida, no debe pensarlo dos veces y diríjase a la sala de emergencias.

Cuándo debe ir a un centro de urgencias	Cuándo debe ir a la sala de emergencias
• Urticaria u otras irritaciones de la piel • Huesos fracturados • Quemaduras o lesiones leves • Mordidas menores de animales • Objetos en el cuerpo, oído o nariz	• Pérdida del conocimiento • Mareos graves o inesperados • Dolor intenso • Síntomas de ataque al corazón o ataque cerebral, por ejemplo dolores en el pecho • Dificultad grave para respirar o falta de aliento

Pregunta Rápida: ¿Qué es un Centro de Urgencias?
Los centros de urgencias son centros médicos que tienen horarios extensos fuera de las horas normales de la clínica médica y prestan servicios médicos que no son de emergencia sin necesidad de cita. Los servicios que se reciban de un centro de urgencias, generalmente cuestan mucho menos que obtener el mismo servicio en una sala de emergencias. En el caso de los planes HMO, los servicios de urgencias son con el mismo copago que una visita al consultorio.

PISTA **#4:** Utilice sus herramientas y recursos

Sus proveedores de los planes ofrecen numerosos servicios de salud y bienestar que su plan médico cubre gratis:

Plan HMO y Plan HDHP Lumenos de Anthem Blue Cross

www.anthem.com/ca ó **800-227-3771** (HMO)/ **866-207-9878** (Lumenos)

- Atención preventiva gratuita (sólo en la red para los miembros del plan HSA Lumenos)
- Inmunizaciones gratuitas como la vacuna anual contra la gripe y la vacuna contra la pulmonía
- Línea de Enfermería 24/7 cuenta con una enfermera de guardia a quien puede llamar a cualquier hora del día y de la noche
- Future Moms es un recurso sin costo para las mamás que esperan que quieran tener acceso a enfermeras y especialistas que les aconsejen, información sobre bienestar y pruebas de salud
- Condition Care proporciona enfermeras asesoras prácticas y otros recursos para miembros afectados por problemas de salud crónicos y a largo plazo incluso el asma, la diabetes y la insuficiencia cardíaca.
- LiveHealth Online (LHO) le da un acceso rápido y fácil las 24/7 a doctores, incluso charlas privadas en video. Las consultas con LHO están cubiertas por su copago regular.
- MyHealth Record es una función del sitio de Anthem que almacena sus registros médicos y de inmunización todos en un solo lugar.
- 360°Health ofrece en línea una biblioteca de información relacionada a la salud así como herramientas para ayudar a los miembros con todo desde el manejo de una condición a organizar sus expedientes de salud
- Descuentos en atención de la vista y con proveedores ópticos para servicios como Premier LASIK
- Descuentos en programas de salud y gimnasios, por ejemplo Weight Watchers y Gold's Gym

Plan HMO de Kaiser Permanente

www.kp.org o Servicios a los Miembros al **800-464-4000**

- Atención preventiva gratuita
- Inmunizaciones gratuitas como la vacuna anual contra la gripe y la vacuna contra la pulmonía
- Los Programas de Estilo de Vida Saludables cubren: Evaluación de salud
- Maternidad y embarazo
- Manejo del dolor
- Pérdida de peso
- Nutrición
- Dejar de fumar
- Manejo de la depresión y el estrés
- Insomnia
- Manejo de la diabetes
- Manejo de condiciones crónicas
- La Asesoría de Bienestar anima a los miembros a enfocarse en las iniciativas para mejorar la salud y el bienestar
- ChooseHealthy es un sitio web que ofrece descuentos en membresías de gimnasios y clubes y otros recursos para mejorar la salud, por ejemplo libros sobre la salud y la condición física, videos y planes de ejercicio y nutrición personal
- Descuentos en servicios de atención alternativa para acupuntura y terapia de masajes

Un Vistazo a las Opciones del Plan Médico

Beneficio	Plan HMO de Kaiser	Anthem Blue Cross Plan HMO (California Care)	Anthem Lumenos HSA En la Red	Anthem Lumenos HDHP Fuera de la Red
Deducible por Año Calendario				
Sólo empleado	Ninguna	Ninguna	$1,500	$2,500
Familia	Ninguna	Ninguna	$3,000[1] *Máximo Individual: $2,700*	$5,000
Máximo Gasto Propio (por año calendario) Algunos beneficios no se aplican con respecto al máximo gasto propio.				
Sólo empleado	$1,500	$1,500	$3,000	$6,000
Familia	$3,000	$3,000 (dos personas) $4,500 (Familia)	$6,000[1] *Máximo Individual: $3,000*	$12,000
Servicios Internado				
Internado en Hospital	$200 de copago por hospitalización	$300 de copago por hospitalización	El Plan paga 80% después del deducible	El Plan paga 60% después del deducible
Rayos X, Laboratorio	El Plan paga 100%	El Plan paga 100%	El Plan paga 80% después del deducible	El Plan paga 60% después del deducible
Servicios en Consulta Externa				
Visitas al Consultorio	Doctor Primario: $20 de copago Especialista: $30 de copago	Doctor Primario: $25 de copago Especialista: $40 de copago	El Plan paga 80% después del deducible	El Plan paga 60% después del deducible
Atención Preventiva	El Plan paga 100%	El Plan paga 100%	El Plan paga 100%	El Plan paga 60% después del deducible
Cirugía en Consulta Externa	$30 de copago	$100 de copago	El Plan paga 80% después del deducible	El Plan paga 60% después del deducible
Servicios de Emergencia				
Sala de emergencias servicios y suministros	$100 de copago; se dispensa si le hospitalizan	$150 de copago; se dispensa si le hospitalizan	El Plan paga 80% después del deducible	El Plan paga 60% después del deducible
Atención internado	$200 por hospitalización	$300 por hospitalización	El Plan paga 80% después del deducible	El Plan paga 60% después del deducible
Atención en consulta externa	$20 de copago por visita/terapia individual $10 de copago por visita/terapia de grupo	$100 de copago por visita	El Plan paga 80% después del deducible	El Plan paga 60% después del deducible
Recetas Médicas - Farmacia local (surtido de hasta 30 días)				
Genéricas	$10 de copago	$10 de copago	El Plan paga 80% después del deducible	El Plan paga 60% después del deducible
Formularias de Marca	$25 de copago	$30 de copago	El Plan paga 80% después del deducible	El Plan paga 60% después del deducible
No Formularias de Marca	$25 de copago	$50 de copago	El Plan paga 80% después del deducible	El Plan paga 60% después del deducible
Recetas Médicas - Por Correo				
Genéricas	$20 por surtido de hasta 100 días	$10 de copago por surtido de 60 días	El Plan paga 80% después del deducible	No se cubre
Formularias de Marca	$50 por surtido de hasta 100 días	$60 de copago por surtido de 60 días	El Plan paga 80% después del deducible	No se cubre
No Formularias de Marca	$50 por surtido de hasta 100 días	$100 de copago por surtido de 60 días	El Plan paga 80% después del deducible	No se cubre

[1] *La cantidad familiar incluye al empleado asegurado y uno o más miembros de la familia del empleado. Después de que una persona llegue al deducible máximo individual en la red, dicha persona pagará el coseguro por su atención; si llegan a su límite de gasto propio individual, el plan pagará 100% por el resto del año por esa persona. Todos los demás familiares pagarán todo el costo de su atención hasta que se cubra el deducible familiar en la red y pagarán coseguro hasta que el máximo gasto propio familiar en la red se cubra.*

Un Vistazo a los Planes Dentales

Beneficio	Plan Dental DMHO de Cigna En la Red	Plan Dental PPO de Cigna En la Red	 Fuera de la Red
Deducible por Año Calendario	Ninguna	Individual: $50/Familia: $150	Individual: $50/Familia: $150
Beneficio Máximo por Año Calendario	Sin límite	El Plan paga hasta $2,000 por persona/año	El Plan paga hasta $2,000 por persona/año
		Por cada año que reciba atención dental preventiva, se agregarán $200 al beneficio máximo anual del año siguiente (hasta un beneficio máximo general de $2,600 después de cuatro años).	
Preventivos/Diagnósticos			
Exámenes de Rutina Limpieza cada 6 meses	$0 de copago	El Plan paga 100%; no se aplica el deducible	El Plan paga 100%; el deducible no se aplica
Servicios Generales (de Restauración)			
Empastes Amalgama Compuesta/Resina	$0 a $40 de copago	El Plan paga 80% después del deducible	El Plan paga 80% después del deducible
Extracciones Sencillas	$5 de copago	El Plan paga 80% después del deducible	El Plan paga 80% después del deducible
Servicios Mayores			
Capas, Coronas, Dentaduras Postizas	Como se indica en la tabla de copagos	El Plan paga 50% después del deducible	El Plan paga 50% después del deducible
Ortodoncia			
Adultos	$0 a $1,488 de copago dependiendo del servicio prestado	El Plan paga 50% hasta un beneficio máximo de por vida de $2,500; después del deducible	
Hijos Dependientes (hasta 19 años de edad)	$0 a $984 de copago dependiendo del servicio prestado		
Retención	$250 de copago		

Un Vistazo a los Planes Ópticos

Beneficio	Anthem Blue View Plan Básico	Plan de Compra Anthem Blue View En la Red	 Fuera de la Red
Examen de la Vista (Una vez cada 12 meses)			
	El Plan paga 100% después de $10 de copago	El Plan paga 100% después de $10 de copago	El Plan paga hasta $79
Armazones (Una vez cada 12 meses)			
	35% de descuento	El Plan paga una asignación de hasta $130, usted recibe descuentos de 20% en cantidades que pasen de la asignación	$100 de asignación
Anteojos (Una vez cada 12 meses)			
Unifocales	$50 de copago	El Plan paga 100% después de $15 de copago	El Plan paga hasta $36
Bifocales con Raya	$70 de copago		El Plan paga hasta $60
Trifocales con Raya	$105 de copago		El Plan paga hasta $79
Lentes de Contacto (Una vez cada 12 meses)			
	15% de descuento en lentes convencionales	El Plan paga hasta $130 de asignación; usted recibe un descuento del 15% de los cargos profesionales del doctor. Los materiales se pagan a las tarifas usuales y acostumbradas.	El Plan paga hasta $115

Costos de los Empleados de 2018[1]

Planes Médicos	Plan HMO de Kaiser Permanente			Plan HMO de Anthem Blue Cross (CaliforniaCare)			Plan HDHP Lumenos de Anthem		
	Mensualmente	Bisemanales	Quincenal	Mensualmente	Bisemanales	Quincenal	Mensualmente	Bisemanales	Quincenal
Sólo Empleado	$46.18	$21.31	$23.09	$53.34	$24.62	$26.67	$65.82	$30.38	$32.91
Dos Personas	$193.94	$89.51	$96.97	$223.99	$103.38	$112.00	$259.44	$119.74	$129.72
Familia	$415.60	$191.82	$207.80	$479.54	$221.33	$239.77	$545.05	$251.56	$272.53

Para Facultad y Personal de Pitzer College

Planes Médicos	Plan HMO de Kaiser Permanente		Plan HMO de Anthem Blue Cross (CaliforniaCare)		Plan HDHP Lumenos de Anthem	
	Mensualmente	Bisemanales	Mensualmente	Bisemanales	Mensualmente	Bisemanales
Menos de $52,000						
Sólo Empleado	$36.94	$17.05	$42.67	$19.69	$65.82	$30.38
Dos Personas	$155.16	$71.61	$179.19	$82.70	$259.44	$119.74
Familia	$332.48	$153.45	$383.63	$177.06	$545.05	$251.56
Más de $52,000						
Sólo Empleado	$46.18	$21.31	$53.34	$24.62	$65.82	$30.38
Dos Personas	$193.94	$89.51	$223.99	$103.38	$259.44	$119.74
Familia	$415.60	$191.82	$479.54	$221.33	$545.05	$251.56

Para Facultad y Personal de Pomona College

Planes Médicos	Plan HMO de Kaiser Permanente		Plan HMO de Anthem Blue Cross (CaliforniaCare)		Plan HDHP Lumenos de Anthem	
	Mensualmente	Bisemanales	Mensualmente	Bisemanales	Mensualmente	Bisemanales
Menos de $52,000						
Sólo Empleado	$46.18	$23.09	$53.34	$26.67	$65.82	$32.91
Dos Personas	$96.97	$48.49	$112.00	$56.00	$259.44	$129.72
Familia	$138.53	$69.27	$159.85	$79.93	$545.05	$272.53
Más de $52,000						
Sólo Empleado	$46.18	$23.09	$53.34	$26.67	$65.82	$32.91
Dos Personas	$193.94	$96.97	$223.99	$112.00	$259.44	$129.72
Familia	$415.60	$207.80	$479.54	$239.77	$545.05	$272.53

A los empleados por hora de Pomona College, las deducciones se hacen quincenalmente.

Planes Dentales[2]	Plan Dental DMHO de Cigna			Plan Dental PPO de Cigna		
	Mensualmente	Bisemanales	Quincenal	Mensualmente	Bisemanales	Quincenal
Sólo Empleado	$4.18	$1.93	$2.09	$36.37	$16.79	$18.19
Dos Personas	$12.85	$5.93	$6.43	$71.47	$32.99	$35.74
Familia	$27.15	$12.53	$13.58	$141.08	$65.11	$70.54

Planes Ópticos	Plan Óptico Básico			Plan Óptico de Compra		
	Mensualmente	Bisemanales	Quincenal	Mensualmente	Bisemanales	Quincenal
Sólo Empleado	$0.00	$0.00	$0.00	$6.42	$2.96	$3.21
Dos Personas	$1.36	$0.63	$0.68	$10.83	$5.00	$5.42
Familia	$3.05	$1.41	$1.53	$17.95	$8.28	$8.98

[1] Los impuestos del ingreso imputado se aplican cuando inscribe a una pareja doméstica; por favor vea a su representante de beneficios para más información.

[2] Los empleados de RSABG pagan 100% de la prima por la cobertura dental.

Costos Mensuales del Seguro de Vida Suplementario

El costo de los empleados y sus cónyuges/parejas domésticas se basan en la edad del empleado al 1º de enero de 2018.

Edad	Costo Mensual (por $1,000 de Cobertura)
Menos de 30 años	$ 0.03
30–34	0.04
35–39	0.06
40–44	0.10
45–49	0.15
50–54	0.23
55–59	0.41
60–64	0.63
65–69	1.27
70+	2.06

Seguro de Vida de los Hijos Dependientes

Costo Mensual (por $5,000 de Cobertura)
$ 0.35

Costos Mensuales del Seguro por Muerte y Desmembramiento Accidental (AD&D)

Las cantidades de cobertura que pasen de $250,000 no podrán pasar de 10 veces el salario base anual hasta un máximo de $500,000. La cantidad de la suma asegurada no puede aumentarse después de los 70 años de edad. La cobertura de los hijos es 30% de la suma asegurada hasta un máximo de $50,000.

Cantidad de Seguro	Cobertura Sólo del Empleado	Cobertura Familiar
$ 25,000	$ 0.50	$ 0.98
50,000	1.00	1.95
75,000	1.50	2.93
100,000	2.00	3.90
125,000	2.50	4.88
150,000	3.00	5.85
175,000	3.50	6.83
200,000	4.00	7.80
225,000	4.50	8.78
250,000	5.00	9.75
275,000	5.50	10.73
300,000	6.00	11.70
325,000	6.50	12.68
350,000	7.00	13.65
375,000	7.50	14.63
400,000	8.00	15.60
425,000	8.50	16.58
450,000	9.00	17.55
475,000	9.50	18.53
500,000	10.00	19.50

Reportes de la Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio (ACA)

- Como parte de la ley ACA, el IRS requiere a los empleadores que tengan más de 50 empleados que entreguen un formulario anual al IRS que describe la cobertura que se ofrece a los empleados elegibles. Este formulario se conoce como Formulario 1095-C.
- Si es elegible para la cobertura de The Claremont Colleges, recibirá una copia del Formulario 1095-C de Claremont Colleges; este formulario incluye información sobre la elegibilidad y el costo de la cobertura de los planes disponibles.
- Además, si está inscrito en la cobertura médica, recibirá un Formulario 1095-B de su compañía de seguros. Este formulario incluirá información sobre su cobertura específica, su período de cobertura y quién de su familia tiene cobertura.
- Los formularios de la cobertura de 2017 se enviarán a su domicilio en casa en enero de 2018.
- **Lo que significa para usted:** Los formularios se usan para verificar en su declaración de impuestos que usted y sus dependientes tienen al menos la cobertura mínima calificada del seguro de salud en 2017, según exige la ley ACA. Si no tuvo cobertura de salud por alguna parte del año, pudiera tener que pagar una sanción de impuestos. Los cuadros en la Parte IV del Formulario 1095-B le ayudarán a calcular la sanción que se aplique, de ser el caso.

Cómo Inscribirse

Inscríbase en UltiPro usando su nombre individual de usuario y su contraseña. **Empleados actuales:** Vaya a "Myself" en la barra de menú y dé un clic en "Open Enrollment". **Empleados nuevos:** Vaya a "Myself" en la barra de menú y dé un clic en "Life Events" y luego en "Choose Event." Haga sus elecciones y dé un clic en el botón "Submit" en la página de Confirmación para completar sus elecciones de 2018.

Para ayuda con su nombre de usuario y contraseña de UltiPro, por favor comuníquese con su Departamento de Recursos Humanos.

CGU: Instrucciones para ADP

Ingrese a ADP yendo a https://workforcenow.adp.com/public/index.htm. Escoja User Login, y luego ingrese su Nombre de Usuario y Contraseña. CGU permitirá una inscripción PASIVA para 2018. Esto significa que si usted no hace nada, sus elecciones de 2017 se transferirán. POR FAVOR TENGA PRESENTE: Las cuentas FSA y HSA requieren reinscripción. Éstas no se transferirán a 2018. Para ayuda con su nombre de usuario y contraseña, por favor comuníquese con Recursos Humanos.

Contactos en la Administración de Beneficios

Claremont University Consortium

Carol Saldívar (909) 607-3195 carol_saldivar@cuc.claremont.edu

Mónica Villanueva (909) 607-3684 monica_villanueva@cuc.claremont.edu

Claudia García (909) 607-9493 claudia_garcia@cuc.claremont.edu

Alicia Silva (909) 621-8049 alicia_silva@cuc.claremont.edu

Cristal Hernández (909) 607-4130 cristal_hernandez@cuc.claremont.edu

Para información más detallada, vea la *Guía de Beneficios de 2018* en:

- www.cuc.claremont.edu/benefits
- http://pitweb.pitzer.edu/human-resources/benefits/
- http://my.pomona.edu

Si necesita ayuda, por favor envíe un correo a BENREPS@cuc.claremont.edu.

Notificaciones Legales

Notificación importante de The Claremont Colleges sobre la cobertura acreditable de recetas médicas y Medicare

Fecha de esta notificación: Octubre de 2017

La finalidad de esta notificación es avisarle que se espera que la cobertura de recetas médicas que se menciona en el plan médico de The Claremont Colleges pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de recetas médicas estándar de Medicare en 2018. Esto se conoce como "cobertura acreditable".

Por qué es esto importante. Si usted o sus dependientes cubiertos están inscritos en cualquier cobertura de recetas médicas durante 2018 indicada en esta notificación y está cubierto o llega a estar cubierto por Medicare, pudiera decidir inscribirse posteriormente en un plan de recetas médicas de Medicare y no quedaría sujeto a una sanción por inscripción tardía - siempre y cuando haya tenido cobertura acreditable dentro de los 63 días de su inscripción en el plan de recetas médicas de Medicare. Deberá guardar esta notificación con sus expedientes importantes.

Si usted y sus familiares no están actualmente cubiertos por Medicare y no quedarán cubiertos por Medicare en los siguientes 12 meses, esta notificación no se aplica a usted.

Notificación de cobertura acreditable

Por favor lea la notificación siguiente con cuidado. Incluye información sobre la cobertura de recetas médicas con Claremont y la cobertura de recetas médicas que está a disposición de las personas que tienen Medicare. También le indica dónde puede encontrar más información para ayudarle a tomar decisiones sobre su cobertura de recetas médicas.

Podrá haber escuchado de la cobertura de recetas médicas de Medicare (llamada Parte D) y haberse preguntado cómo le podría afectar. Hay cobertura de recetas médicas a disposición de todas las personas que tienen Medicare por medio de los planes de recetas médicas de Medicare. Todos los planes de recetas médicas de Medicare proporcionan al menos el nivel de cobertura estándar que fija Medicare. Algunos planes también pudieran ofrecer más cobertura a cambio de una prima mensual mayor.

Se puede inscribir en un plan de recetas médicas de Medicare cuando sea elegible por vez primera y cada año del 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Las personas que salgan de la cobertura de su empleador o de un sindicato pudieran ser elegibles para un Período de Inscripción Especial de Medicare.

Si está cubierto por uno de los planes de recetas médicas de Claremont que se menciona abajo, le interesará saber que la cobertura es, en promedio, al menos tan buena como la cobertura de recetas médicas estándar de Medicare en 2018. Esto se conoce como cobertura acreditable. La cobertura de estos planes le ayudará a evitar una sanción por inscripción tardía en la Parte D si es o se hará elegible a Medicare y posteriormente decide inscribirse en un plan de recetas médicas de Medicare:

- Plan HMO de Kaiser
- Plan HMO de Anthem Blue Cross
- Plan HSA Lumenos de Anthem

Si decide inscribirse en un plan de recetas médicas de Medicare y es un empleado activo, o familiar de un empleado activo, también podrá continuar con la cobertura de su empleador. En este caso, el plan del empleador continuará pagando como primario o secundario como lo había hecho antes de que se inscribiera en un plan de recetas médicas de Medicare. Si usted renuncia o cancela su cobertura con Claremont, Medicare será la única entidad que pague. Puede volverse a inscribir en el plan del empleador en la inscripción anual o si tiene un evento de inscripción especial para el plan de Claremont.

Debe saber que si renuncia o sale de la cobertura con Claremont y pasan 63 días o más sin tener cobertura acreditable de recetas médicas (una vez que termine el período de inscripción aplicable en Medicare), su prima mensual por la Parte D subirá al menos 1% por mes por cada mes en que no tenga cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasan 19 meses sin cobertura, su prima por el plan de recetas médicas de Medicare será al menos 19% mayor de lo que pagan la mayoría de las demás personas. Tendrá que pagar esta prima mayor mientras que tenga la cobertura de recetas médicas de Medicare. Además, pudiera tener que esperarse hasta el siguiente mes de octubre para inscribirse en la Parte D.

Podrá recibir esta notificación en otros momentos futuros — por ejemplo antes del siguiente período en que puede inscribirse en la cobertura de recetas médicas de Medicare, si cambia esta cobertura de Claremont o previa solicitud.

Para más información sobre sus opciones bajo la cobertura de recetas médicas de Medicare

Hay información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de recetas médicas en el manual *Medicare & You*. Los participantes de Medicare recibirán una copia del manual por correo cada año de Medicare. También pudieran comunicarse directamente con usted los planes de recetas médicas de Medicare. Ésta es la manera en que puede obtener más información sobre los planes de recetas médicas de Medicare:

- Visite www.medicare.gov para recibir ayuda personalizada.
- Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (vea el número telefónico en la copia del manual *Medicare & You*).
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios del sistema TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

En el caso de personas con ingresos y recursos limitados, se dispone de ayuda extra para pagar los planes de recetas médicas de Medicare. La información sobre esta ayuda extra está a su disposición con la Administración del Seguro Social (SSA). Para más información sobre esta ayuda extra, visite en línea la SSA en www.socialsecurity.gov o llame al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Recuerde: Guarde esta notificación. Si se inscribe en un plan de recetas médicas de Medicare después de que termine su período de inscripción aplicable en Medicare, pudiera necesitar entregar una copia de esta notificación cuando ingrese a un plan de Parte D para mostrar que no tiene obligación de pagar una cantidad mayor de prima por la Parte D.

Para más información sobre esta notificación o sobre su cobertura de recetas médicas, comuníquese con:

The Claremont Colleges
CUC Benefits Administration
101 S. Mills Avenue
Claremont, CA 91711
909-621-8151

Notificación de Privacidad

Por favor revise esta notificación con cuidado. Describe cómo su información médica podrá usarse y divulgarse y cómo puede tener acceso a esta información.

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA) impone numerosos requisitos sobre los planes de salud de los empleadores en cuanto al uso y divulgación de la información individual de salud. Esta información, que se conoce como información protegida de salud, incluye casi toda la información de salud que sea identificable individualmente que tiene un plan—ya sea que la haya recibido por escrito, por medios electrónicos o por comunicación verbal. Esta notificación describe las prácticas de privacidad de estos planes: Beneficios del Arreglo de Gastos Flexibles de Salud (FSA). Los planes cubiertos por esta notificación podrán compartir información de salud unos con otros para llevar a cabo el tratamiento, el Pago o las operaciones del cuidado de la salud. En esta notificación nos referimos a estos planes colectivamente como el Plan, a menos que se especifique otra cosa.

Deberes del Plan respecto a la información de salud de usted

El Plan tiene obligación por ley de mantener la privacidad de su información de salud y de entregarle esta notificación de los deberes legales del Plan y las prácticas de privacidad con respecto a su información de salud. Si participa en una opción asegurada del plan, recibirá una notificación directamente de la Aseguradora. Es importante tener presente que estas reglas se aplican al plan, no a The Claremont Colleges como empleador - esa es la manera en que trabajan las reglas de la ley HIPAA. Se pudieran aplicar políticas diferentes a otros programas de Claremont Colleges o a la información que no está relacionada a estos Planes.

Cómo el Plan puede utilizar o divulgar su información de salud

En general, las reglas de privacidad permiten el uso y divulgación de su información de salud sin su permiso (lo que se conoce como autorización) para los fines del tratamiento de la salud, actividades de pago y operaciones del cuidado de la salud. Estos son algunos ejemplos de lo que esto pudiera representar:

- ***El tratamiento*** incluye proporcionar, coordinar o administrar el cuidado de la salud por parte de uno o más proveedores de salud o doctores. El tratamiento también puede incluir la coordinación o administración de la atención médica entre un proveedor y un tercero y consultas y referencias entre proveedores. *Por ejemplo, el Plan pudiera compartir información de salud acerca de usted con los doctores que le estén dando el tratamiento.*
- ***Los pagos*** incluyen actividades por parte de este Plan, otros planes o proveedores para obtener primas, hacer determinaciones de cobertura y pagar reembolsos por el cuidado de la salud. Esto puede incluir las determinaciones de elegibilidad, la revisión de servicios en cuanto a su necesidad o idoneidad médica, administración de actividades relacionadas a la utilización, manejo de reclamos y facturación; así como funciones que este plan realiza "tras bambalinas", por ejemplo el ajuste por riesgos, cobranzas o reaseguro. *Por ejemplo, el Plan pudiera compartir información acerca de su cobertura o de los gastos que ha tenido, con otro plan de salud con el fin de coordinar el pago de los beneficios.*
- ***Las operaciones del cuidado de la salud*** incluyen actividades por parte de este Plan (y en circunstancias limitadas de otros planes o proveedores) por ejemplo programas de bienestar y evaluación del riesgo, evaluación de la calidad y actividades de mejoría, servicio a clientes y resolución de agravios internos. Las operaciones del cuidado de la salud también incluyen la evaluaciones de los proveedores, otorgamiento de credenciales, capacitación, actividades de acreditación, seguro, calificación de primas, arreglo de actividades de revisión y auditoría médica, así como planificación y desarrollo de negocios. *Por ejemplo, el Plan puede usar información sobre sus reclamos para auditar a terceros que aprueban los pagos de los beneficios del Plan.*

La cantidad de información de salud que se utilice, divulgue o se solicite se limitará, y cuando sea necesario, se restringirá al mínimo necesario para cumplir con los fines que se buscan, según lo definen las reglas de la ley HIPAA. Si el Plan utiliza o divulga Información Protegida de Salud para fines de evaluar riesgos de seguro, el Plan no utilizará ni divulgará para dichos fines Información Protegida de Salud que sea información genética.

Cómo el Plan pudiera compartir su información de salud con The Claremont Colleges

El Plan, o su aseguradora de salud o HMO podrá divulgar su información de salud sin su autorización escrita a The Claremont Colleges para fines de administración del plan. The Claremont Colleges pudiera necesitar su información de salud para administrar los beneficios del Plan. The Claremont Colleges quedan de acuerdo en no usar ni divulgar su información de salud que no sea como lo permiten o exigen los documentos del Plan y la ley. El personal de beneficios, nóminas y/o finanzas son los únicos empleados de The Claremont Colleges que tendrán acceso a su información de salud debido a las funciones administrativas del plan.

Así es como se podrá compartir la información adicional entre el Plan y **The Claremont Colleges**, según lo permiten las reglas de la ley HIPAA:

- El Plan, o su Aseguradora o HMO, pueden divulgar "información resumida de salud" a The Claremont Colleges, de solicitarse, con el fin de obtener cotizaciones de primas y proporcionar la cobertura del Plan, o para modificar, enmendar o cancelar el Plan. La información resumida de salud es información que resume la información de reclamo de los participantes, de la cual los nombres y demás información que identifique ha sido eliminada.
- El Plan, o su aseguradora o HMO, podrá divulgar a The Claremont Colleges información de si una persona está participando en el Plan o si está inscrito o canceló su inscripción en una opción de seguro o HMO que ofrece el Plan.

Además, debe saber que The Claremont Colleges no puede usar ni usará información de salud que tenga del Plan para cualquier acción relacionada al empleo. Sin embargo, la información de salud reunida por The Claremont Colleges de otras fuentes, por ejemplo según la Ley de Permisos Familiares y Médicos, la Ley de Americanos con Incapacidades o los programas del seguro de compensación de los trabajadores – no está protegida por la ley HIPAA (aunque este tipo de información pudiera estar protegida por otras leyes federales o estatales).

Otros usos o divulgaciones de su información de salud que se permiten

En ciertos casos, su información de salud puede divulgarse sin su autorización a un familiar, amistad cercana o a otra persona que usted identifique y que participe en su atención médica o en el pago de su atención médica. La información que describe su ubicación, condición en general o muerte puede darse a una persona similar (o a una entidad pública o privada autorizada para ayudar en los esfuerzos de ayuda en caso de desastre). En general, se le dará la oportunidad de estar de acuerdo o de objetar a estas divulgaciones (aunque se pueden hacer excepciones, por ejemplo si usted no está presente o está incapacitado). Además, su información de salud puede divulgarse sin su autorización a su representante legal.

El Plan también tiene permiso de utilizar o divulgar su información de salud sin su autorización por escrito para las actividades siguientes:

Seguro de Compensación de los Trabajadores	Divulgaciones a los programas de seguro de compensación de los trabajadores o programas legales similares que proporcionen beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas al trabajo sin importar de quién sea la culpa, como lo autoricen dichas leyes y sea necesario hacer para cumplir con ellas
Necesarias para evitar una amenaza grave a la salud o a la seguridad	Las divulgaciones hechas en la creencia de buena fe que divulgar su información de salud es necesario para prevenir o aminorar una amenaza grave e inminente al público o a la salud o seguridad personal, si se hace a alguien razonablemente capaz de evitar o aminorar la amenaza (incluso divulgaciones a la persona objeto de la amenaza); incluye divulgaciones hechas a los funcionarios policíacos para identificar o aprehender a una persona debido a que ha hecho una afirmación admitiendo su participación en un crimen violento que el Plan razonablemente crea pudiera haber causado un daño físico grave a una víctima, o donde parezca que una persona ha escapado de la prisión o de la custodia legal
Actividades de salud pública	Divulgaciones autorizadas por la ley a personas que pudieran estar en riesgo de contraer o contagiar una enfermedad o condición médica; divulgaciones a las autoridades de salud pública para prevenir o controlar enfermedades o reportar el abuso o negligencia de un niño; y divulgaciones a la Administración de Alimentos y Medicinas para reunir o reportar eventos adversos o defectos de productos
Víctimas de abuso, negligencia o violencia del hogar	Divulgaciones a autoridades gubernamentales, incluso servicios sociales o agencias de servicios de protección autorizadas por la ley para recibir reportes de abuso, negligencia o violencia en el hogar, según lo exige la ley o si usted está de acuerdo o el Plan cree que esta divulgación es necesaria para evitar un daño grave a usted o a víctimas potenciales (se le notificará de la divulgación del Plan si informarle no lo pondría en un riesgo mayor)
Procedimientos judiciales y administrativos	Las divulgaciones en respuesta a una orden del tribunal o administrativa, citatorio, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal (el Plan pudiera tener obligación de notificarle a usted de la solicitud, o recibir una seguridad satisfactoria de la parte que busque su información de salud que se hicieron esfuerzos para notificarle o para obtener una orden de protección calificada con respecto a la información)
Para fines policíacos	Divulgaciones a los funcionarios policíacos que se requieran por ley o proceso legal, o para identificar a un sospechoso, fugitivo, testigo o persona extraviada; divulgaciones sobre la víctima de un crimen si usted está de acuerdo o si la divulgación es necesaria para una actividad inmediata de la policía; divulgación sobre una muerte que pudiera haber sido resultado de conducta criminal; y divulgación para dar evidencia de conducta criminal ocurrida en las instalaciones del Plan
Defunciones	Divulgaciones a un médico forense o a un examinador médico para identificar al difunto o determinar la causa de la muerte; y para los directores de casas funerales para llevar a cabo sus deberes
Donación de órganos, ojos o tejidos	Divulgaciones a organizaciones de obtención de órganos y otras entidades para facilitar la donación de órganos, ojos o tejidos y su trasplante después de un fallecimiento
Para fines de investigación	Divulgaciones sujetas a aprobación por parte de los consejos de revisión de privacidad institucionales o privados y sujetos a ciertas seguridades y afirmaciones por los investigadores con respecto a la necesidad de usar su información de salud y el tratamiento de la información durante un proyecto de investigación
Actividades de supervisión de salud	Divulgaciones a agencias de salud para actividades autorizadas por la ley (auditorías, inspecciones, investigaciones o acciones relacionadas a licencias) para la supervisión del sistema de salud, los programas de beneficios gubernamentales para los cuales la información de salud es relevante para la elegibilidad de beneficiarios y el cumplimiento con programas regulatorios o las leyes de derechos civiles
Funciones gubernamentales especializadas	Divulgaciones acerca de personas que forman parte del personal de las Fuerzas Armadas o del personal de fuerzas militares extranjeras bajo un comando militar apropiado; divulgaciones a funcionarios federales autorizados para la seguridad nacional o actividades de inteligencia; y divulgaciones a instituciones correccionales o funcionarios de custodia policíaca sobre personas detenidas
Investigaciones del departamento HHS	Divulgaciones de su información de salud al Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar el cumplimiento del Plan con la regla de privacidad de la ley HIPAA

Excepto como se describe en esta notificación, los otros usos y divulgaciones se harán sólo con su autorización por escrito. Por ejemplo, en la mayoría de los casos, el Plan obtendrá su autorización antes de comunicarse con usted acerca de productos o programas si el Plan recibe un pago por hacer esas comunicaciones. Si mantenemos notas de psicoterapia en nuestros expedientes, obtendremos su autorización en algunos casos antes de divulgar esos expedientes. El Plan nunca venderá su información de salud a menos que nos autorice para hacerlo. Usted puede revocar una autorización como lo permiten las reglas de la ley HIPAA. Sin embargo, no podrá revocar su autorización con respecto a divulgaciones que el Plan ya haya hecho. Se le notificará de cualquier acceso, uso o divulgación no autorizada de su información de salud no asegurada según lo exige la ley.

El Plan le notificará si se da cuenta que ha habido una pérdida de su información de salud en una manera que pudiera poner en peligro la privacidad de su información de salud.

Sus derechos individuales

Tiene los derechos siguientes con respecto a su información de salud que mantiene el Plan. Estos derechos están sujetos a ciertas limitaciones, como se indica abajo. Esta sección de la notificación, describe cómo puede ejercer cada uno de sus derechos individuales. Vea en la tabla al final de esta notificación la información sobre cómo entregar sus solicitudes.

Derecho de solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de su información de salud y derecho del Plan a rehusarse

Tiene derecho de pedirle al Plan que restrinja el uso y divulgación de su información de salud para el tratamiento, pago u operaciones del cuidado de la salud, excepto los usos o divulgaciones que exige la ley. Tiene derecho de pedirle al Plan que restrinja el uso y divulgación de su información de salud a familiares, amistades cercanas o a otras personas que identifique y que participan en su atención médica o el pago de su atención médica. Tiene el derecho de pedirle al Plan que restrinja el uso y divulgación de la información de salud para notificar a dichas personas de su ubicación, condición general o muerte — o para coordinar los esfuerzos de las entidades que ayuden en esfuerzos de ayuda en caso de desastre. Si quiere ejercer ese derecho, su solicitud al Plan debe ser por escrito.

El Plan no tiene obligación de quedar de acuerdo con una restricción que se solicite. Y si el Plan queda de acuerdo, la restricción pudiera luego cancelarse al solicitarlo por escrito, por acuerdo entre usted y el Plan (incluso un acuerdo verbal) o unilateralmente de parte del Plan en el caso de información de salud creada o recibida después de que se le notifique que el Plan canceló las restricciones. El Plan también pudiera divulgar información de salud acerca de usted si necesita tratamiento de emergencia, incluso si el Plan ha quedado de acuerdo con una restricción.

Una entidad que está cubierta por estas reglas de la ley HIPAA (por ejemplo su proveedor de salud) o su socio comercial deben cumplir con su solicitud de que la información de salud con respecto a un artículo o servicio específico del cuidado de la salud no sea divulgado al Plan para los fines del pago u operaciones de salud si usted pagó dicho artículo o servicio, totalmente de su propio bolsillo.

Derecho a recibir comunicaciones confidenciales de su información de salud

Si piensa que la divulgación de su información de salud por los medios usuales pudiera ponerle en peligro de alguna manera, el Plan dará acomodo a las solicitudes razonables de recibir comunicaciones de la información de la salud del Plan por medios alternativos o en lugares alternativos.

Si quiere ejercer ese derecho, su solicitud al Plan deberá ser por escrito y deberá incluir una afirmación que la divulgación de toda o una parte de la información pudiera ponerle en peligro.

Derecho de inspeccionar y copiar su información de salud

Con ciertas excepciones, usted tiene el derecho de inspeccionar u obtener una copia de su información de salud en un "juego designado de registros". Esto pudiera incluir los registros médicos y de facturación que mantiene un proveedor de salud; la inscripción, pago, adjudicación de reclamos y sistemas de manejo de registros médicos que mantiene un plan; o un grupo de registros que el Plan utilice para tomar decisiones en casos individuales. Sin embargo, no tiene el derecho de inspeccionar ni de obtener copias de las notas de psicoterapia o la información compilada en procedimientos civiles, penales o administrativos. El Plan pudiera negar su derecho al acceso, aunque en ciertas circunstancias usted puede solicitar una revisión de la negativa.

Si quiere ejercer ese derecho, su solicitud al Plan debe ser por escrito. Dentro de los 30 días del recibo de su solicitud (60 días si la información de salud no está accesible en la localidad), el Plan le dará alguna de estas respuestas:

- el acceso o las copias que solicitó;
- una negativa por escrito que explique porqué su solicitud fue negada y los derechos que pudiera tener para que se revise la negativa o para presentar una queja; o
- un escrito que el plazo para revisar su solicitud se extenderá por no más de 30 días más, junto con las razones de la demora y la fecha para la que el Plan espera atender su solicitud.

También podrá solicitar que su información de salud sea enviada a otra entidad o persona, siempre y cuando dicha solicitud sea clara, conspicua y específica. El Plan puede entregarle un resumen o explicación de la información en vez de darle acceso o darle copias de su información de salud, si queda de acuerdo por anticipado y paga los cargos aplicables. El Plan también pudiera cobrar cargos razonables por las copias o los timbres postales.

Si el Plan no mantiene la información de salud pero sabe dónde se mantiene, se le informará a dónde debe dirigir su solicitud.

Si el Plan mantiene sus registros en un formato electrónico, podrá solicitar una copia electrónica de su información de salud en una forma y formato que el Plan pueda producir fácilmente. También podrá solicitar que dicha información de salud sea enviada a otra entidad o persona, siempre y cuando dicha solicitud sea clara, conspicua y específica. Cualquier cargo que se le haga por esas copias deberá ser razonable y basarse en el costo para el Plan.

Derecho de enmendar su información de salud que no sea correcta o esté incompleta

Con ciertas excepciones, tiene el derecho de solicitar que el Plan enmiende su información de salud en un juego designado de registros. El Plan pudiera negar su solicitud por numerosas razones. Por ejemplo, su solicitud pudiera negarse si la información de salud es correcta y está completa, si no fue creada por el Plan (a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible), si no forma parte de un Juego Designado de Registros, o si no está disponible para su inspección (por ejemplo, notas de psicoterapia o información compilada en procedimientos civiles, penales o administrativos).

Si quiere ejercer este derecho, su solicitud al Plan debe ser por escrito y debe incluir una afirmación en apoyo de la enmienda solicitada. Dentro de los 60 días del recibo de su solicitud, el Plan tomará una de estas acciones:

- hará la enmienda que se solicite;
- le entregará una negativa por escrito que explique porqué su solicitud fue negada y los derechos que pudiera tener si no está de acuerdo o para presentar una queja; o
- se le entregará un escrito de que el plazo para revisar su solicitud se extenderá por no más de 30 días más, junto con las razones de la demora y la fecha para la que el Plan espera atender su solicitud.

Derecho de recibir una contabilidad de las divulgaciones de su información de salud

Tiene el derecho de recibir una lista de ciertas divulgaciones que el Plan haya hecho de su información de salud. Eso a menudo se conoce como una "contabilidad de las divulgaciones". En general puede recibir una contabilidad de las divulgaciones si la divulgación es exigida por ley, tiene relación con actividades de salud pública o en situaciones similares que se indican en la tabla anterior de esta notificación, a menos que se indique otra cosa abajo.

Puede recibir información sobre las divulgaciones de su información de salud hasta seis años antes de la fecha de su solicitud. No tiene un derecho de recibir una contabilidad de cualquier divulgación hecha en cualquiera de estas circunstancias:

- para el Tratamiento, Pago u Operaciones del Cuidado de la Salud;
- a usted de su propia información de salud;
- incidentales a otras divulgaciones permitidas o requeridas;
- en las que se haya dado autorización;
- a familiares o amistades que participen en su atención médica (en que se permite la divulgación sin autorización);
- para fines de seguridad nacional o inteligencia o a instituciones correccionales o policíacas en ciertas circunstancias; o
- como parte de un "juego limitado de información" (información de salud que incluye cierta información que identifica).

Además, su derecho a una contabilidad de las divulgaciones a una agencia de supervisión de salud o a un funcionario de la policía puede suspenderse a solicitud de la agencia o del funcionario.

Si quiere ejercer ese derecho, su solicitud al Plan debe ser por escrito. Dentro de los 60 días de la solicitud, el Plan le entregará una lista de las divulgaciones, o un escrito indicando que el plazo para entregar esta lista se extenderá no más de 30 días más, junto con las razones para la demora y la fecha para la que el Plan espera atender su solicitud. Puede hacer una solicitud en cualquier período de 12 meses sin ningún costo para usted, pero el Plan pudiera hacerle un cargo por solicitudes posteriores. Se le notificará del cargo por adelantado y tendrá la oportunidad de cambiar o revocar su solicitud.

Derecho a obtener una copia impresa de esta notificación del Plan al solicitarla

Tiene derecho de obtener una copia impresa de esta notificación de privacidad al solicitarla. Incluso las personas que han estado de acuerdo en recibir esta notificación electrónicamente pudieran solicitar una copia impresa en cualquier momento.

Cambios en la información de esta notificación

El Plan debe cumplir con los términos de la notificación de privacidad que esté actualmente en vigencia. Esta notificación está en vigencia el 1º de septiembre de 2017. Sin embargo, el Plan se reserva el derecho de cambiar los términos de sus políticas de privacidad según se describen en esta notificación en cualquier momento y de hacer que las nuevas disposiciones estén en vigencia para toda la información de salud que mantiene el Plan. Esto incluye información de salud que fue creada o recibida previamente, no solamente la información de salud creada o recibida después de que cambie la política. Si hay cambios en las políticas de privacidad del Plan descritas en esta notificación, el Departamento de Recursos Humanos le dará una notificación revisada de privacidad por correo o correo electrónico, como sea apropiado.

Quejas

Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados o que su Plan no ha cumplido con sus obligaciones legales según la ley HIPAA, pudiera quejarse con el Plan y con la Secretaría de Salud y Servicios Humanos. No se tomarán represalias en contra suya por presentar una queja. Para presentar una queja,

The Claremont Colleges' Plan Administrator
c/o Claremont University Consortium Benefit Administration
101 S. Mills Avenue
Claremont, CA 91711

Contacto

Para más información sobre las políticas de privacidad del Plan o sobre sus derechos según la ley HIPAA, comuníquese con

The Claremont Colleges' Plan Administrator
c/o Claremont University Consortium Benefits Administration
101 S. Mills Avenue
Claremont, CA 91711

DERECHOS DE CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA SEGÚN LA LEY COBRA

La ley federal exige que ciertos empleadores que patrocinan la cobertura de planes de salud de grupo ofrezcan a sus empleados (y sus familiares inscritos) la oportunidad de elegir extender la cobertura de salud y de vida si ocurriera una pérdida del plan debido a un evento calificado. Está recibiendo esta notificación debido a que (1) recientemente ingreso a The Claremont Colleges y está inscrito en el Plan de Salud de Grupo de The Claremont Colleges o (2) recientemente agregó a un dependiente de recién elegibilidad a su plan. Esta notificación incluye información importante sobre el derecho que usted y sus dependientes cubiertos tienen bajo la cobertura de continuación COBRA.

Tanto usted (el empleado) como sus dependientes inscritos (de ser el caso) deben leer esta notificación con cuidado y guardarla para sus expedientes.

Introducción

Recibe esta notificación porque recientemente quedó cubierto por The Claremont Colleges (el Plan). Esta notificación incluye información importante acerca de su derecho a la cobertura de continuación COBRA, que es una extensión temporal de la cobertura del Plan. El derecho a la cobertura de continuación COBRA fue creado por una ley federal, la Ley de Reconciliación Presupuestaria Global Consolidada de 1985 (COBRA, por sus siglas en inglés). La cobertura de continuación COBRA puede estar a disposición suya y de otros familiares cubiertos por el cuando de otra manera perdería su cobertura de salud de grupo. **En general, esta notificación explica la cobertura de continuación COBRA, cuándo pudiera estar a disposición suya y de su familia y lo que necesita hacer para proteger el derecho de recibirla.** Esta notificación le da solamente un resumen de sus derechos a la cobertura de continuación COBRA. Para más información sobre sus derechos y obligaciones según el Plan y según la ley federal, debe revisar el Resumen Descriptivo del Plan u obtener una copia del Documento del Plan del Administrador del Plan.

Puede tener otras opciones a disposición suya cuando pierda la cobertura de salud de grupo. Por ejemplo, pudiera ser elegible a comprar un plan individual por medio del Mercado de Seguro de Salud. Al inscribirse en la cobertura por medio del Mercado, pudiera calificar para menores costos en sus primas médicas y menores costos propios. Además, podrá calificar para una oportunidad especial de inscripción de 30 días en otro plan de salud de grupo para el que sea elegible (por ejemplo el plan de su cónyuge) incluso si el plan generalmente no acepta inscripciones tardías.

Cobertura de Continuación COBRA

La cobertura de continuación COBRA es una continuación de la cobertura del Plan cuando esta cobertura terminaría de otra manera debido a un evento de vida que se conoce como "evento calificado". Los eventos calificados específicos se mencionan posteriormente en la notificación. La cobertura de continuación COBRA deberá ofrecerse a cada persona que sea un "beneficiario calificado". Un beneficiario calificado es alguien quien perderá la cobertura del Plan debido a un evento calificado. Dependiendo del tipo de evento calificado, los empleados, cónyuges de empleados, así como los hijos dependientes de los empleados pudieran ser beneficiarios calificados. De acuerdo al Plan, los beneficiarios calificados que elijan la cobertura de continuación COBRA deberán pagar la cobertura de continuación COBRA.

Si es un empleado, se convertirá en beneficiario calificado si pierde su cobertura del Plan debido a que sucede uno de los siguientes eventos calificados:

(1) Se reducen sus horas de empleo; o

(2) Su empleo termina por cualquier razón que no sea una falta grave de conducta.

Si es el cónyuge de un empleado, se convertirá en beneficiario calificado si pierde su cobertura del Plan debido a que sucede alguno de los siguientes eventos calificados:

(1) Su cónyuge fallece;

(2) Se reducen las horas de empleo de su cónyuge;

(3) El empleo de su cónyuge termina por cualquier razón que no sea su falta grave de conducta;

(4) Su cónyuge se inscribe en Medicare (Parte A, Parte B, o ambas); o

(5) Se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge.

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

(1) Fallece el padre empleado;

(2) Se reducen las horas de empleo del padre empleado;

(3) El empleo del padre empleado termina por una razón que no sea su falta grave de conducta;

(4) El empleado que es el padre que inscribe en los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B, o ambas);

(5) Los padres se divorcian o se separan legalmente; o

(6) El hijo deja de ser elegible para la cobertura del plan como "hijo dependiente".

A veces, la presentación de un procedimiento de bancarrota de acuerdo al título 11 del Código de Estados Unidos pudiera ser un evento calificado. Si un procedimiento de bancarrota es presentado con respecto a The Claremont Colleges y la bancarrota tiene como resultado la pérdida de la cobertura de cualquier empleado retirado cubierto por el Plan, el empleado retirado se convertirá en beneficiario calificado con respecto a la bancarrota. El cónyuge del empleado retirado, el cónyuge sobreviviente y los hijos dependientes también se convertirán en beneficiarios calificados si la bancarrota tiene como resultado su pérdida de la cobertura del Plan.

El Plan ofrecerá la cobertura de continuación COBRA a los beneficiarios calificados solamente después de que se notifique al Administrador del Plan que ocurrió un evento calificado. Cuando el evento calificado es el final del empleo o la reducción de horas de empleo, la muerte del empleado o la inscripción del empleado en Medicare (bajo la Parte A, la Parte B o ambas), el empleador deberá notificar al Administrador COBRA del evento calificado. Además, si el Plan proporciona cobertura de salud a los retirados, el inicio de un procedimiento de la bancarrota con respecto al empleador también es un evento calificado en que el empleador debe notificar al Administrador del Plan del evento calificado.

En el caso de todos los otros eventos calificados (divorcio o separación legal del empleado y su cónyuge o que un hijo dependiente pierda la elegibilidad para la cobertura como hijo dependiente), debe notificar al Administrador. El Plan exige que usted notifique al Adminitrador el Plan por escrito, dentro de los 60 días siguientes a que ocurra el evento calificado. Deberá enviar esta notificación a:

Una vez que el Administrador del Plan reciba la notificación de que ocurrió un evento calificado, se ofrecerá la cobertura de continuación COBRA a cada uno de los beneficiarios calificados. Cada beneficiario calificado tendrá un derecho independiente de elegir la cobertura de continuación COBRA. Los empleados cubiertos podrán elegir la cobertura de continuación COBRA a nombre de sus cónyuges y los padres podrán elegir la cobertura de continuación COBRA a nombre de sus hijos. En el caso de cada beneficiario calificado que elija la cobertura de continuación COBRA, ésta se iniciará ya sea (1) en la fecha del evento calificado o (2) en la fecha en que la cobertura del Plan terminaría de otra manera dependiendo de la naturaleza del Plan.

La cobertura de continuación COBRA es una continuación temporal de la cobertura. Cuando el evento calificado sea la muerte del empleado, la inscripción del empleado en Medicare (Parte A, Parte B o ambas), su divorcio o separación legal o si el hijo dependiente pierde su elegibilidad como hijo dependiente, la cobertura de continuación COBRA dura hasta por 36 meses.

Cuando el evento calificado sea el final del empleo o la reducción en las horas de empleo del empleado y que el empleado adquiera derechos a los beneficios de Medicare menos de 18 meses antes del evento calificado, la cobertura de continuación COBRA para los beneficiarios calificados que no sean el empleado dura hasta 36 meses después de la fecha de adquirir derechos en Medicare. Por ejemplo, si un empleado cubierto adquiere derechos a Medicare 8 meses antes de la fecha en que haya terminado su empleo, la cobertura de continuación COBRA para su cónyuge e hijos podrá durar hasta 36 meses después de la fecha del derecho a Medicare, que equivale a 28 meses después de la fecha del evento calificado (36 meses menos 8 meses). De otra manera, cuando el evento calificado sea el final del empleo o la reducción de horas de empleo del empleado, en general la cobertura de continuación COBRA dura hasta un total de 18 meses. Hay dos maneras en que puede extenderse el período de cobertura de continuación COBRA de 18 meses.

Extensión del período de cobertura de continuación de 18 meses por incapacidad

Si la Administración del Seguro Social determina que usted o cualquier familiar cubierto por el Plan está incapacitado en cualquier momento durante los primeros 60 días de la cobertura de continuación COBRA y notifica oportunamente al Administrador del Plan, usted y toda su familia tendrían derecho a recibir hasta 11 meses adicionales de cobertura de continuación COBRA, hasta un máximo total de 29 meses. La incapacidad tendría que haberse iniciado en algún momento antes del día 60 de la cobertura de continuación COBRA y deberá durar al menos hasta el final del período de 18 meses de cobertura de continuación. Debe notificar a PayFlex del hecho dentro de los 60 días de la fecha posterior entre 1) la determinación del Seguro Social de la incapacidad (la fecha de la letra de beneficios de SSA); 2) la fecha del evento calificado; 3) la fecha de su pérdida de la cobertura; o 4) la fecha en que se le notificó del requisito (la fecha de su carta del evento calificado). La notificación también deberá entregarse antes del final de los primeros 18 meses de continuación de la cobertura. También usted tiene obligación de notificar al Administrador del Plan de cualquier cambio en su estatus como persona discapacitada. Esta notificación debe enviarse a:

Extensión del período de cobertura de continuación de 18 meses debido a un segundo evento calificado

Si su familia tiene otro evento calificado mientras estén recibiendo la cobertura de continuación COBRA por 18 meses, el cónyuge e hijos dependientes en su familia pueden recibir hasta 18 meses adicionales de cobertura de continuación COBRA hasta un máximo de 36 meses. Esta extensión pudiera estar a disposición del cónyuge e hijos dependientes si el empleado antiguo fallece, se inscribe en Medicare (Parte A, Parte B o ambas) o si se divorcia o separa legalmente. Estos eventos pueden ser un segundo evento calificado sólo si hubieran causado que el beneficiario calificado perdiera la cobertura bajo el programa de beneficios de salud si no hubiera ocurrido el primer evento calificado. La extensión también está a disposición de un hijo dependiente cuando el hijo deje de ser elegible para el Plan como hijo dependiente. **En todos esos casos, debe asegurarse que el Administrador del Plan recibe notificación del segundo evento calificado dentro de los 60 días de que ocurra el segundo evento calificado. Esta notificación debe enviarse a:**

The Claremont Colleges' Plan Administrator
c/o Claremont University Consortium Benefit Administration
101 S. Mills Avenue
Claremont, CA 91711

¿Hay otras opciones de cobertura además de la Cobertura de Continuación COBRA?

Sí. En vez de inscribirse en la cobertura de continuación COBRA, pudiera haber otras opciones de cobertura para usted y su familia por medio del Mercado del Seguro de Salud, de Medicaid o de otras opciones de cobertura de plan de salud (por ejemplo el plan del cónyuge) por medio de lo que se conoce como "período especial de inscripción". Algunas de estas opciones pudieran costar menos que la cobertura de continuación COBRA. Puede saber más acerca de muchas de estas opciones en www.healthcare.gov.

Si Tiene Preguntas

Si tiene preguntas sobre su cobertura de continuación COBRA, debe comunicarse con la Oficina Regional o del Distrito más cercana del Departamento de Trabajo de Estados Unidos, Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados (EBSA). Para más información sobre sus derechos de acuerdo a la Ley de Seguridad del Ingreso de los Empleados en el Retiro (ERISA), incluso la ley COBRA, la Ley de Cuidado de la Salud a 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 Administración de Seguridad de los Beneficios de los Empleados (EBSA) del Departamento de Trabajo de Estados Unidos de su área o visite www.dol.gov/ebsa. Las direcciones y números telefónicos de las Oficinas Regionales y de Distrito de EBSA están disponibles en la página de EBSA en http://www.dol.gov/ebsa. Para más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov.

Mantenga a su Plan Informado de los Cambios de Dirección

Con el fin de proteger los derechos de su familia, deberá mantener informado al Administrador del Plan de cualquier cambio en las direcciones de sus familiares. También deberá guardar una copia, para sus expedientes, de cualquier notificación que le envíe el Administrador del Plan.

The Claremont Colleges
101 South Mills Avenue
Claremont, CA 91711
(909) 621-8151

Octubre de 2017

El participante y la familia, de ser aplicable

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPPA) incluyendo algunas disposiciones que pudieran afectar las decisiones que toma sobre su participación en el Plan de Salud de Grupo según la Ley de Reconciliación Presupuestaria Global Consolidada de 1985 (COBRA). Estas disposiciones son como sigue:

1. Según la ley COBRA, si un evento calificado es la terminación del empleo o la reducción en las horas de empleo, los beneficiarios calificados afectados tienen derecho a continuar la cobertura hasta por 18 meses después del evento calificado, sujeto a varios requisitos. Antes de la ley HIPPA, este período de 18 meses podía extenderse hasta por 11 meses (para un período de cobertura COBRA ajustado de hasta 29 meses a partir del evento calificado inicial) si la disposición del Seguro Social determinaba que la persona, según la Ley del Seguro Social, había estado incapacitada en el momento del evento calificado y si se notificaba al administrador del plan de esa determinación de incapacidad dentro de los 60 días siguientes a la determinación y antes del final del período original de 18 meses.

Según la ley HIPPA, si la Administración del Seguro Social determina que un beneficiario calificado estaba incapacitado según la Ley del Seguro Social en cualquier momento durante los primeros 60 días de la cobertura COBRA, la prórroga de 11 meses está a disposición de todas las personas que sean beneficiarios calificados debido a la terminación o la reducción de las horas de empleo. La persona incapacitada puede ser el empleado cubierto o cualquier otro beneficiario calificado. Sin embargo, para ser elegible a la prórroga de 11 meses, las personas afectadas deben seguir cumpliendo con los requisitos de notificación oportuna.

2. Un niño que nazca o que se coloque en adopción con el empleado cubierto durante un período de cobertura COBRA será elegible a convertirse en beneficiario calificado. De acuerdo con los términos de los planes de salud de grupo del empleador y los requisitos de la ley Federal, estos beneficiarios calificados pueden agregarse a la cobertura COBRA notificando al Administrador del Plan sobre el nacimiento o adopción.

3. Según la ley COBRA, su derecho a la cobertura de continuación termina si usted queda cubierto por el plan de salud de grupo de otro empleador.

Si tiene cualquier pregunta sobre la ley COBRA, o si ha habido un cambio en su estado civil, o si usted y su cónyuge han cambiado de domicilio, por favor comuníquese con el departamento de Administración de Beneficios de The Claremont Colleges al
(909) 621-8151.

CLAREMONT UNIVERSITY CONSORTIUM
Serving THE CLAREMONT COLLEGES

THE CLAREMONT COLLEGES INSCRIPCIÓN ABIERTA 2018

Su Período Anual de Inscripción Abierta para seguros Médicos, Dentales, Visión y Cuentas de Gastos Flexibles está aquí

30 de octubre al 17 de noviembre 2017

Reuniones de Inscripción Abierta

Estas reuniones incluyen una revisión de las ofertas de beneficios y cambios para el 2018. Habrá una oportunidad para hacer preguntas y hablar con un Representante de la Administración de Beneficios de CUC.

Reuniones

Miércoles, 1 de noviembre de 2017	**2 – 3 p.m.**
Martes, 7 de noviembre de 2017	**9:30 – 10:30 a.m.**
Lunes, 13 de noviembre de 2017	**10 – 11 a.m.**

Se tomaran acabo en el Administrative Campus Center
(101 S. Mills Ave., Claremont, CA 91711) en el Board Room

Para ver una grabación de la presentación vaya a:
https://www.cuc.claremont.edu/benefits/youtube/

Asistencia de inscripción

Venga el edificio ACC lunes a viernes de 8:30 a.m. – 5 p.m.
para asistencia de inscripción, no se necesita cita.

¿Tiene Preguntas?
Envíenos un correo electrónico a BENREPS@cuc.claremont.edu

Llámenos al 909-621-8151

CLAREMONT UNIVERSITY CONSORTIUM
101 South Mills Avenue, Claremont, CA 91711
(909) 621-8151 (909) 607-7353

SOLO VISITANDO

En La Cárcel

VAYA A ACC

OWN YOUR HEALTH

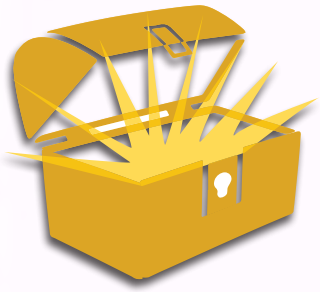
BENOPOLY

THE CLAREMONT COLLEGES

Feria Anual de la Salud

Viernes, 3 de Noviembre del 2017
10 a.m. – 1 p.m.
Administrative Campus Center

101 South Mills Ave. (por la Primera Callé)



Caja Comunitaria

Para Una Oportunidad De Ganar Un Premio

¡Comparta lo que pueda!

Estaremos colectando alimentos enlatados para ayudar a aliviar el hambre en nuestra comunidad. Todas sus donaciones irán al Programa Sin Hogar de Pomona.
¡Por favor haga una donación!

Servicios de Transporte

Quienes se tranporten en un solo vehículo (carpool), recibiran un boleto de rifa adicional.
Se proveerá transporte gratis al evento cada 15-20 minutos a partir de las 9 am.

CMC
Collins Dining Hall
West Entrance
(Octava y Amherst)

CGU
Stauffer Hall
(Décima y Dartmouth)

HMC
Kingston Hall
Visitors Parking Lot
(Platt Boulevard)

POM
Edmunds Ballroom
(Sexta y College)

SCR
Balch Hall Courtyard
(Novena y Columbia)

PIT
Sanborn Parking Lot
(Novena y Mills)

¡RESERVE SU LUGAR HOY!
Codigo: ownmyhealth

MASSAGE GRATIS: https://goo.gl/rXiyAS
EXAMEN BIOMETRICO: https://goo.gl/GjLivc
DONACION DE SANGRE: https://goo.gl/homs94

Gáneme

Gáneme

VAYA A ACC

GO