



2022

Guía de Beneficios para Empleados

Tabla de Contenidos

Aspectos Descatados de la Inscripción	3	Beneficios de Protección de Ingresos	14
Opciones Médica de Kaiser	4	Primas de los Planes	15
¿Cómo Funciona el Plan Médico?	5	Seguro Voluntario de Vida/AD&D	16
¿Cómo Funciona la Cuenta HRA?	6-7	Cuentas de Gastos Flexibles (FSA)	17-18
Acceso a su Explicación de Beneficios(EOB)	8	Servicios Legales y de Robo de Identidad (Legalshield)	19
Información para Miembros de Kaiser (ENG)	9-10	Beneficios Adicionales	20
Plan Dental: Mutual of Omaha	11	Avisos Requeridos	21-30
Plan de Visión: Mutual of Omaha/EyeMed	12	Página de Información Importante	31
Opciones de Seguro de Vida	13	Página para Notas	32

Acerca de esta Guía

Notre Dame de Namur University reconoce que nuestros empleados son nuestro recurso más valioso. Cada empleado contribuye al éxito de la organización y al cumplimiento de nuestra misión.

Como reconocimiento de sus esfuerzos, Notre Dame de Namur University ofrece a sus empleados un paquete de beneficios competitivo y comprensivo, el cual fue diseñado para satisfacer las necesidades de usted y sus dependientes. Nuestra meta es asegurarnos que tenga todos los recursos para desenvolverse y superarte en el ámbito laboral y personal.

Esta guía ofrece un resumen general de los beneficios de Notre Dame de Namur University. Le recomendamos que cuidadosamente revise esta guía antes de realizar sus elecciones.

Tome en cuenta, lo descrito en estas páginas solamente es un resumen general de los beneficios disponibles a usted. No incluye los detalles de todos los gastos cubiertos ni de las exclusiones o limitaciones de los planes de salud. Para más información como son los términos y condiciones de la cobertura, lea el folleto Evidencia de Cobertura (en inglés EOC). Además, Notre Dame de Namur University se reserva el derecho de cambiar, alterar o terminar cualquiera o todos los beneficios descritos en este resumen, tal como sea necesario.

Aspectos Destacados de la Inscripción

¿Quién es Elegible?

Usted es elegible el primer día del mes después de haber completado 30 días de empleo continuo. Los empleados que trabajan más de 30 horas a la semana son elegibles para recibir beneficios.

Usted puede inscribir a sus dependientes elegibles al plan médico, dental, cuidado de ojos, y seguro de vida voluntario. Sus dependiente también son elegibles para recibir los servicios del Programa de Asistencia al Empleado (EAP).

Las personas que califican como dependientes son:

- Cónyuge or Compañero(a) Doméstico(a)
- Hijos menores de 26 años
- Hijos de cualquier edad considerados físicamente o mentalmente discapacitados

Los empleados de Tiempo Completo que trabajan 30 horas a la semana son elegibles a participar del Programa de Beneficios a Empleados de Notre Dame de Namur University el primer día del mes después de haber completado 30 días de empleo continuo.

Para hacer un cambio a sus elecciones durante el año, este cambio debe ser permitido por el IRS. Por favor comuníquese con su oficina de Recursos Humanos dentro de los 30 días siguientes al evento.

Haciendo Cambio a sus Beneficios

Usted puede realizar cambios a sus beneficios una vez al año durante la temporada de Inscripción Abierta (Open Enrollment) de Notre Dame de Namur University. Los beneficios y cobertura permanecerán en vigor por 12 meses (desde el 1^{er} de julio al 30 de junio) a no ser que usted tenga un cambio de estatus o su empleo termine. En vista de que algunos de los beneficios ofrecidos por el empleador son descontados antes de impuestos, el IRS requiere que el cambio permitido este dentro de sus códigos. **Por ejemplo, un cambio permitido por el IRS es:**

- Boda civil, separación legal, divorcio
- Discapacidad
- Nacimiento, adopción, o cambio de custodia de un menor
- Muerte del cónyuge o compañero(a) doméstico(a)
- Dependiente deja de satisfacer el requisito de Elegibilidad como dependiente
- Su cónyuge o compañero(a) doméstico(a) comienza o culmina un empleo que ofrece beneficios
- Un cambio en el empleo (ya sea el suyo o el de su cónyuge) de Tiempo Medio a Tiempo Completo o Tiempo Completo a Medio Tiempo; o,
- Un aumento significativo en el costo de los planes de salud ofrecidos por Notre Dame de Namur University

Si usted tiene un cambio de estatus y desea actualizar los planes vigentes, comuníquese con la oficina de Recursos Humanos dentro de los 30 días de la fecha siguientes al evento. El cambio que solicita debe ser consistente con el cambio en el estatus en la familia. Por ejemplo, si contrae matrimonio, puede inscribir a su cónyuge a su plan de salud actual pero no puede cambiar de plan de salud. **Por favor tome nota: Para hacer cambios a sus elecciones de beneficios necesitará presentar documentación válida. Por ejemplo, certificado de nacimiento, certificado de matrimonio civil, prueba de cobertura de salud deberá ser presentada cuando está solicitando terminar su plan de salud con NDNU.**

Su Plan Médico: Kaiser

Kaiser HRA

Al elegir Kaiser, usted recibirá cuidado médico en los centros de Kaiser en su área. El plan no pagará por visitas a doctores fuera de la red Kaiser al menos que usted haya tenido una visita de emergencia. El plan Kaiser requiere que sus suscriptores seleccionen un médico primario (PCP) quien trabaja y coordina con usted su cuidado de salud que usted necesita.



Servicios	Kaiser HRA
	Solamente dentro de la Red
Deducible por Año Calendario:	
Por miembro	\$2,000
Por un miembro en una familia de 2+	\$2,000
Por toda la familia	\$4,000
Desembolso Máximo Anual:	
Por miembro	\$4,000
Por un miembro en una familia de 2+	\$4,000
Por toda la familia	\$8,000
Cuidado Preventivo:	
Exámenes Físicos Anuales	\$0
Laboratorios/Rayos-X/Proyecciones	\$0
Visitas TeleDoc:	\$0
Visitas al doctor:	\$20 después del deducible
Visitas al Especialista:	\$20 después del deducible
Laboratorios y Rayos-X:	\$10 después del deducible
Servicios Quiroprácticos: hasta 30 visitas al año	\$10 copago
Servicios Hospitalarios: Paciente Internado/Ambulatorio	20% después del deducible
Servicios de Salud Mental/ Abuso de Sustancias:	
Paciente Internado	20% después del deducible
Paciente Ambulatorio	\$20 después del deducible (las visitas de grupo están cubiertas con un co-pago de \$10 después del deducible)
Servicio de Emergencia:	20% después del deducible
Medicamentos Recetados (Rx): Suministro de 30	No aplica el deducible
Nivel 1 (Genérico)	\$10
Nivel 2 (De Marca)	\$30
Especialidad	20% hasta \$250 máximo por suministro

¿ Qué debe de pensar antes de escoger su plan médico?

El entender como funciona la cuenta de reembolso (HRA) es la clave para ayudarle a tomar la mayor ventaja del programa de beneficios. Las siguientes páginas incluyen varios recursos para ayudarle precisamente con esto.

Primero, le recomendamos que revise las descripciones básicas de como funcionan ambos planes con respecto a los costos por visitar al médico y considere las deducciones de planilla. Segundo, es importante considerar las necesidades médicas de su familiar como son los medicamentos recetados. Cada familia es única y algunas situaciones son más complicadas que otras. Esta guía sirve como un resumen general de sus beneficios; si necesita ayuda adicional al comparar sus opciones, comuníquese con Filice Insurance. En la página 31 de esta guía usted encontrará números de teléfono importantes para recibir la ayuda necesaria.

¿Cómo funciona el plan médico?

Kaiser con la cuenta HRA

Como funciona:

El cuidado preventivo está cubierto al 100%. Usted tiene que alcanzar el deducible anual calendario antes de que el plan pague por los servicios que no son preventivos tales como visitas al especialista, análisis en el laboratorio, medicamentos recetados y cirugías. Usted es responsable por el 100% de los costos del cuidado que no es preventivo hasta alcanzar su deducible anual. **Sin embargo, NDNU cubre el 100% de su deducible anual a través de la cuenta HRA: \$2,000 por al cobertura Solo Empleado / \$4,000 por la cobertura de Familia. Los empleados serán responsables por los copagos de medicamentos recetados y por el cuidado quiropráctico incluso si aún no han alcanzado el deducible del plan.**

Después de que alcance el deducible, usted comparte los costos por servicios de salud con el plan. El plan paga el 80% y usted paga el 20% (a esto se le conoce como *co-seguro*); algunos servicios son sujetos a un copago en lugar del co-seguro (vea el resumen de beneficios en página 4).

Para servicios cubiertos, el co-seguro se aplica hasta que el desembolso máximo de **\$4,000 por la cobertura Solo Empleado / \$8,000 por la cobertura Familiar**. Una vez se alcance esta cantidad el plan paga el 100% de los servicios cubiertos por el resto del año calendario.

Fase del Deducible (\$2,000 Individual/ \$4,000 Familia)

Los servicios están sujetos al deducible del plan a excepción de los medicamentos recetados y co-pago al quiropráctico. **Usted pagará por los gastos elegibles con su tarjeta de débito de Marin Benefits**

Una vez que alcance el Deducible

Algunos de los servicios estará sujetos a un co-pago (por ejemplo, las visitas al doctor son \$20) y otros estarán sujetos a un co-seguro del 20%. Usted continuará pagando parte de los costos hasta que alcance el Desembolso Máximo y **no podrá usar su tarjeta de débito de Marin Benefits para pagar pos sus gastos**

Desembolso Máximo (\$4,000 Individual/ \$8,000 Familia)

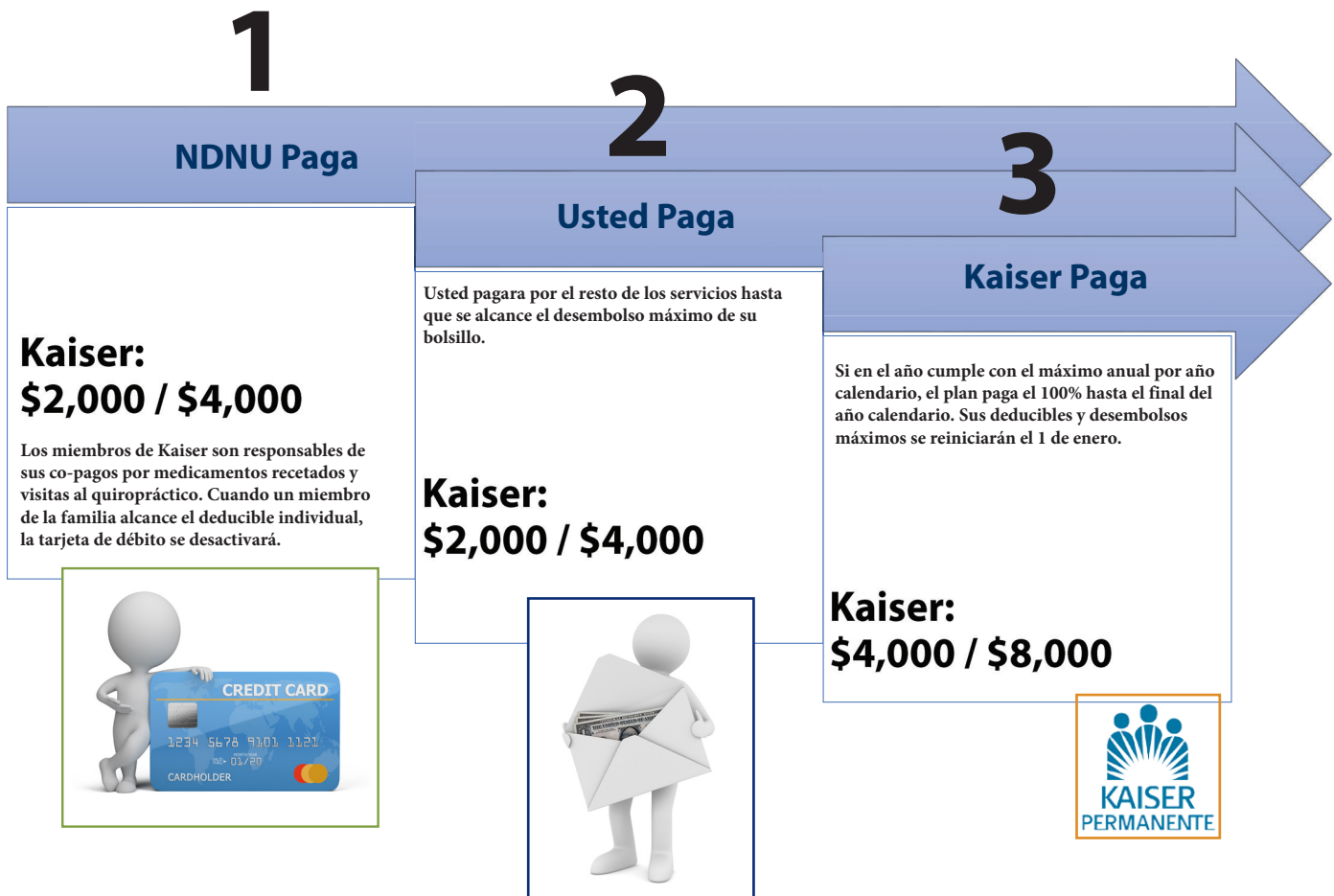
Si alcanza su Desembolso Máximo, el plan paga el 100% por cualquier servicio adicional y/o medicamentos recetados; estos se ejecutan dentro el año calendario (la muestra se aplica a su deducible)

¿Cómo Funciona la Cuenta de Reembolso HRA?

Con su cuenta de reembolso HRA usted paga el 100% de los costos del deducible. **Todos los miembros del plan HRA recibirán una tarjeta de débito para pagar por los costos del deducible.**

Cuando alcance el deducible, su tarjeta de débito será desactivada. **Por la cobertura Familia, cuando un miembro alcance el deducible individual del plan la tarjeta de débito será desactivada y este miembro será responsable por los costos hasta que alcance el desembolso máximo.**

Tal vez será requerido a presentar un comprobante por los gastos en su tarjeta de débito para confirmar sus gastos. Para más información, refiérase a las instrucciones en las paginas 9-10.



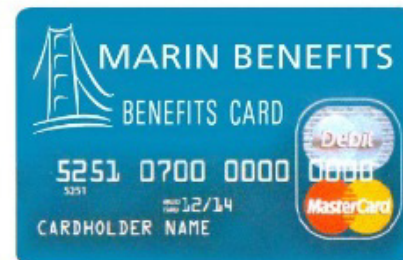
¿Cómo Funciona la Cuenta de Reembolso HRA?

El Administrador de la Cuenta de Reembolso HRA: Marin Benefits



Su Tarjeta de Débito de Marin Benefits

¡El acceder los fondos de su cuenta de reembolso HRA nunca ha sido más fácil! Se le otorgará a usted y a sus dependientes mayores de 18 años inscritos en el plan médico una tarjeta de débito. No intente usar su tarjeta para gastos que no son elegibles porque puede resultar en que su tarjeta sea cancelada o desactivada. Su tarjeta tiene los fondos listos para ser usados. Recuerde que su tarjeta será recargada con fondos al comienzo de cada año calendario de acuerdo con el deducible de su plan médico. En cuanto alcance su deducible su tarjeta será desactivada. Usted es responsable por todos los gastos hasta alcanzar el desembolso máximo anual.



Pague Por Sus Gastos del Deducible

Si le piden que pague por sus servicios durante su visita, le recomendamos que pida que le envíen una factura (en el consultorio, laboratorio, etc.) Si un pago es requerido durante su visita, usted puede usar la tarjeta para pagar, pero por favor recuerde el cobro no siempre será preciso. Para verificar los cobros adecuados y lo que ha sido aplicado hacia su deducible, será necesario de que revise su Explicación de Beneficios o "EOB" de la compañía de seguro (revise las páginas 9-10 para instrucciones de como obtener su EOB).

Solicitar un Reembolso

Si no uso su tarjeta de débito de Marin Benefits para pagar por sus servicios, usted puede enviar una solicitud de reembolso de las maneras siguientes:

1. En línea: www.mywealthcareonline.com/marinbenefits
2. Complete una **Solicitud de Reembolso** (disponible en inglés solamente) adjunte la documentación o comprobante y envíelo por fax al: 415-454-2928
3. Complete una **Solicitud de Reembolso** (disponible en inglés solamente) adjunte la documentación o comprobante y envíelo por correo a:
700 Larkspur Landing Circle, Suite 199
Larkspur, CA 94939

Puede descargar un formulario de reclamo de Marin Benefits en visitar benefits.flisce.com/ndnu bajo la sección "Forms". Vea las páginas 9-10

Register

Administre su Cuenta HRA

Le recomendamos que se registre en línea usando el link anterior para poder tener un control de su cuenta de reembolso HRA. Al registrarse en el sitio web de Marin Benefits, este le permite que verifique su balance, revise su historial de transacciones, enviar sus solicitudes de reembolso en línea y mucho más. Para registrarse, necesitara la información siguiente:


Identificación del Empleado: **Your Social Security Number**

Identificación del Empleado: **MBINDNU**

Como acceder su Explicación de Beneficios (EOB)

Para los miembros de Kaiser

1. Viste www.kp.org
2. Haga clic en el enlace "Register Now"
3. Siga las instrucciones para entrar su información personal. Necesitará su número de archivo medico (MRN) el cual se encuentra en su tarjeta de Kaiser.
4. Cree su nombre de usuario y su contraseña
5. Entre su información de correo electrónico para que su información sea enviada directamente a usted
6. Confirme su registración




[Sign on](#) [Register](#) [Security](#)

User ID

Password

Sign on

[Forgot your user ID or password?](#)



This is not a bill

Have questions about your benefits?
Give us a call at 1-800-390-3510 or visit kp.org

Explanation of Benefits

Medical record number: 0000000000

Group identification: 000000000*0000

Plan type: HMO - HMO COMMERCIAL-DHMO

Account holder identification: 000000000000

Summary of services for Jane Doe

June 25, 2016

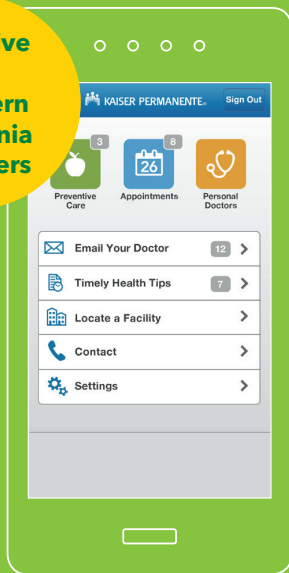
Service Date	Location/Provider, Claim No., Reason Code	Description	Charges	Plan Rate	Paid by Plan	Paid by Other Insurance	Your Share of the Charges		
							Not Covered*	Deductible	Copay/ Coinsurance
06/13/16	STEVE ANG 27812 24	RADIOLOGY-ABDO MEN;SINGLE ANTEROPOSTERIO R VIEW (74000)	\$75.00	\$27.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$27.00	\$0.00
06/13/16	JEFFREY SHAW 47949 24	COMPLETE BLOOD COUNT (85025)	\$31.00	\$14.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$14.00	\$0.00
06/13/16	JEFFREY SHAW 47949 24	LAB-ELECTROLYTE BLOOD MEASUREMENT (80051)	\$77.00	\$12.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$12.00	\$0.00
06/13/16	JEFFREY SHAW 47949 24	LAB.LIPASE (83690)	\$46.00	\$12.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$12.00	\$0.00
06/13/16	JEFFREY SHAW 47949 24	LAB:ALANINE AMINOTRANSFERASE (84460)	\$30.00	\$9.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$9.00	\$0.00
06/13/16	JEFFREY SHAW 47949 24	LAB BLOOD BILIRUBIN MEASUREMENT (82247)	\$30.00	\$9.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$9.00	\$0.00
06/13/16	JEFFREY SHIFFER 47949 24	LAB:ALKALINE PHOSPHATASE MEASUREMENT (84075)	\$21.00	\$9.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$9.00	\$0.00
06/13/16	JEFFREY SHIFFER 47949 24	LAB:CREATININE BLOOD MEASUREMENT (82565)	\$30.00	\$9.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$9.00	\$0.00
Totals			\$340.00	\$101.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$101.00	\$0.00
Total amount you owe or have already paid								\$101.00	

PAIR UP FOR YOUR HEALTH

Stay on top of your health, 24/7, with our two apps.

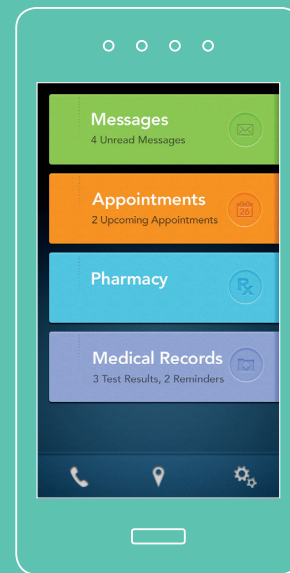
KP PREVENTIVE CARE APP

Exclusive for Northern California members



Get appointment reminders and preventive services alerts for you and your family, access your doctor's home page, and more.

KAISER PERMANENTE APP



Email your doctor, schedule routine appointments, refill prescriptions, check lab results, and more.



Download both apps for free on your smartphone.



Are you registered? If you're already registered on kp.org, you're all set to start using your KP Preventive Care for Northern California and Kaiser Permanente apps. If not, you'll need to go to kp.org/register now to set up your account from a computer. Then use your new user ID and password to activate the apps.

Join Your Video Visit

Join on Mobile



Go to kp.org/mydoctor/videovisits.

Join on Computer



Go to kp.org/mydoctor/videovisits.

STEP
1
WWW.



Choose "Get the App"
to download KP
Preventive Care App.

Open the app & log-in using your
kp.org username.

*If you do not have a kp.org username, tap "Sign In
Help" at the bottom and follow the prompts to sign
in with your medical record number.*

STEP
2



Click "Get Prepared" and follow the
instructions for downloading and
installing the Vidyio Web plug-in.

STEP
3



Go to "Appointments".
Tap "Join" to start your video visit.

Click "Join Your Video Visit" to start
your visit.

Need Help? Go to kp.org/mydoctor/videovisits and click "Video Visit Support".

El plan Dental:

Los beneficios del plan dental a través de Mutual of Omaha Dental son ofrecidos a los empleados elegibles y a sus familias.

El Plan PPO: Con el plan dental, usted puede visitar a cualquier dentista, pero paga menos de su bolsillo cuando escoge un dentista dentro de la red. Servicios obtenidos fuera de la red son sujetos a cobros razonables y de costumbre (en inglés R&C), esto significa cobros adicionales para usted si su dentista cobra más de lo que cobran 9 de 10 dentistas en su área.



Servicios	RED DE ASSURANT - Mutual of Omaha DPPO	
	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Deducible del Año Calendario	\$50 / Individual \$150 / Familia	\$50 / Individual \$150 / Familia
Preventivo (2 visitas por año calendario) Exámenes, Limpiezas, Rayos-X	100% No deducible	100% No deducible
Servicios Básicos Extracciones, Curaciones, Periodoncia	90% Después del deducible	80% Después del deducible
Servicios Mayores Coronas, Puentes, Dentaduras, Implantes dentales	60% Después del deducible	50% Después del deducible
Servicios de Ortodoncia Adultos y Niños	50% hasta \$1,000 máximo por vida	50% hasta \$1,000 máximo por vida
Máximo Anual	\$2,000	\$1,500

SERVICIOS

Programa de Descuento Para Audífonos

El programa de descuentos para la audición le brinda a usted y a su familia productos auditivos con descuento, incluidos audífonos y pilas. Llama al 1-888-534-1747 o visita www.amplifonusa.com/mutualofomaha para conocer más.

El Plan Cuidado de Ojos: Mutual of Omaha/VSP Vision

El plan del cuidado de ojos de Mutual of Omaha Vision ofrece una de las redes más grandes de la industria. La red Signature de VSP ofrece una amplia variedad de optometristas, oftalmólogos y ópticos de práctica privada. Usted tendrá la mayor ventaja cuando visita un proveedor de VSP. Puede encontrar un proveedor de VSP al visitar www.vsp.com o al llamar al 800.877.7195.

Si visita un proveedor fuera de la red para obtener servicios y/o materiales, usted pagará la cantidad entera al proveedor al tiempo de su visita. Luego podrá enviar una solicitud de reembolso, que es un beneficio menor en comparación con la visita a un médico de Mutual of Omaha/VSP.

Mutual of Omaha VISION RED DE EYEMED		
Servicios	Dentro de la Red	Fuera la Red
Examen de la vista Cada 12 meses	\$10 por el examen	Hasta \$37
Lentes (por un par) Cada 12 meses	\$25 co-pago (Por lentes y monturas) Cubierto en su totalidad: Singular, Bifocal, Trifocal, Lenticular	Hasta \$20 para Singular Hasta \$36 para Bifocal Hasta \$64 para Trifocal y Lenticular
Monturas Cada 24 meses	Hasta \$130 por monturas de su elección + 20% de descuento sobre la cantidad máxima	Hasta \$58
Lentes de contacto Cada 12 meses (lentes de contacto en lugar de lentes y monturas)	Hasta \$130 por el examen de lentes de contacto (evaluación y medida) y materiales. Si usted elige lentes de contacto, será elegible para monturas después de 12 meses a partir de la fecha que los lentes de contacto se obtuvieron	Hasta \$89 convencional Hasta \$104 disponible Hasta \$210 medicamente necesario

Ahorros Adicionales a Través de EyeMed

- 40% de descuento en el costo al por menor para un par de anteojos adicionales del mismo proveedor de EyeMed, en el mismo día
- 15% de descuento en el costo al por menor por lentes de contacto (solamente materiales)
- 15 % de descuento del precio minorista o 5 % de descuento del precio promocional para LASIK o PRK de U.S. Laser Network

Fuera de la Red

Si escoge un proveedor fuera de la red será necesario que llene una solicitud de reembolso y entregarlo junto con una factura detallada. Puede encontrar un formulario de reclamo bajo la sección titulado "Forms" en el sitio web de beneficios de Notre Dame de Namur University: benefits.filice.com/ndnu.

Opciones de Seguro de Vida: Mutual of Omaha

Notre Dame de Namur University ofrece a los empleados elegibles un Seguro de Vida Básica y de Muerte y Desmembramiento Accidental (AD&D) **sin costo** alguno a través de Mutual of Omaha. Los empleados que trabajan 30 horas por semana son inscritos a estas coberturas el primer día del mes después de 30 días de empleo continuo. Asegúrese de completar la información del beneficiario al momento de su inscripción y actualizar su información según corresponda.

Seguro de Vida y AD&D Voluntario

Usted tiene la oportunidad de suplementar su Seguro de Vida Básica y AD&D al comprar una cobertura para usted y sus dependientes elegibles de Seguro de Vida y AD&D Voluntario a través de Mutual of Omaha. Debe elegir un Seguro de Vida y AD&D Voluntario para poder inscribir a su cónyuge y/o hijo(s). Si usted decide renunciar a su empleo con Notre Dame de Namur University, podría ser elegible a portar o convertir el Seguro de Vida Voluntario.

Tome Nota: Si usted o su cónyuge no se inscriben en el plan de Seguro Voluntario de Vida cuando usted es elegible por primera vez, puede inscribirse en una fecha posterior. Sin embargo, **TODAS** las cantidades de cobertura requerirán una Evidencia de Asegurabilidad (EOI) y están sujetas a la aprobación de Mutual of Omaha. Su empleador le informará una vez que Mutual of Omaha haya completado el proceso.



Seguro de Vida Básica

En el caso de su fallecimiento, este plan paga un beneficio de \$50,000 a su beneficiario.

Seguro Básico de AD&D

En el caso de su muerte accidental, este plan paga un beneficio adicional de \$50,000 a su beneficiario.

Si se lesiona seriamente como resultado de un accidente (por ejemplo: pierde la vista, parálisis), este plan le pagará un beneficio parcial.

Características adicionales del seguro de vida:

- **Beneficio por muerte acelerada**
- **Renuncia a la prima**
- **Beneficios adicionales de AD&D**
- **Asistencia de Viaje**
- **Conversión**

Cobertura de Seguro Voluntario de Vida/AD&D Empleado

Usted puede comprar incrementos de \$10,000, a una cantidad máxima igual a cinco veces su salario anual ó \$500,000. Cantidad garantizada = \$100,000

Cónyuge o Pareja Doméstica

Usted puede comprar incrementos de \$5,000 pero no exceder \$250,000 ó 100% de la cobertura que usted eligió. Los beneficios serán pagados al empleado. Cantidad garantizada = \$50,000

Niño(s)

Usted puede comprar un seguro de vida para su(s) niño(s) de 14 días a 23 años (o 25 años si es estudiante de tiempo completo) en incrementos de \$1,000 a un máximo de \$10,000. Cada niño(a) dependiente elegible debe tener la misma cantidad.

Aumento Anual: Los empleados que están inscritos en el Seguro Voluntario de Vida/AD&D durante el período de Inscripción Abierta tienen la oportunidad de inscribirse a \$10,000 adicionales de cobertura hasta el monto o cantidad garantizada y no serán obligados a presentar un EOI. Este es un beneficio para el empleado solamente.

**Cantidad garantizada significa la cantidad más alta de cobertura que puede ser emitida sin la Evidencia de Asegurabilidad (EOI); esto está disponible solo para empleados nuevos. Si no se inscribe cuando fue elegible por primera vez, deberá completar una solicitud EOI para cualquier cantidad de cobertura.

Beneficios de Protección de Ingresos: Mutual of Omaha

Seguro de Discapacidad a Largo Plazo (LTD)

La cobertura LTD ofrece asistencia financiera si usted no puede regresar al trabajo después de 90 días de discapacidad debido a una enfermedad o lesión que no está relacionada con el trabajo.

Si usted se enferma o se lesiona y no puede trabajar, Notre Dame de Namur University ofrece beneficios de protección de ingresos **sin costo** adicional a través de Mutual of Omaha. Estos beneficios han sido diseñados para proteger sus ingresos en una situación en la que usted no puede trabajar debido a una discapacidad.

Tenga en cuenta que se aplican restricciones específicas a estos beneficios. Además, cualquier beneficio, si es recibido se considera ingreso y está sujeto a todos los impuestos aplicables.

- Todos los beneficios de LTD son compensados con consideración de otras fuentes de ingresos, incluyendo el Seguro Social o Worker's Compensation para que el beneficio mensual máximo que es recibido no sea mayor del 60% de su ingreso mensual.
- Los beneficios de LTD pueden continuar hasta que usted pueda regresar al trabajo (o usted alcance la edad de jubilación estándar para recibir los beneficios de la Seguridad Social).
- Debido a que los beneficios de LTD se pagan hasta la edad de jubilación del Seguro Social, empleados activamente trabajando que queden discapacitados a su edad de jubilación se les garantizará una duración determinada de los beneficios. Por favor revise el Certificado de Cobertura para información más completa.

Opciones de Cobertura por Discapacidad a Largo Plazo	
Beneficio Principal	<ul style="list-style-type: none">• 60% de sus ingresos mensuales antes de la discapacidad hasta \$8,500 por mes.• Período de espera de 90 días antes del inicio de los beneficios.• Su seguro tendrá cobertura hasta su edad estándar de jubilación (siglas en inglés SSNRA)

La discapacidad y los discapacitados significan que debido a una lesión o enfermedad, ha ocurrido un cambio significativo en sus habilidades mentales o funcionales, para lo cual usted está:

- Se le impide hacer al menos uno de los deberes materiales de su ocupación habitual durante los primeros 24 meses de discapacidad y después de 24 meses no puede hacer ninguno de los deberes materiales de cualquier ocupación retribuido; y
- Durante los primeros 24 meses de discapacidad son incapaces de generar ingresos actuales que excedan el 99% de sus ganancias mensuales de su ocupación regular, y después de 24 meses si están parcialmente discapacitados, no pueden generar ingresos actuales que excedan el 85% de sus ingresos mensuales de cualquier ocupación retribuido.

Condiciones Pre-existentes:

Usted no está cubierto por una discapacidad causada o sustancialmente condición pre-existente o tratamiento médico o quirúrgico de una condición pre-existente. Usted tiene una condición pre-existente si:

- Usted recibió tratamiento médico, atención o servicios para una condición diagnosticada o tomó medicación prescrita para una condición diagnosticada en los primeros 3 meses inmediatamente antes de la fecha efectiva de cobertura bajo esta póliza; y
- la discapacidad causada o sustancialmente contribuida por la condición comienza en los primeros 12 meses después de la fecha de vigencia de la cobertura bajo esta póliza.

Los Costos por los planes de Salud: Medical, Dental and Visión

Contribución de Empleado de NDNU 7/1/2022 - 6/30/2023



	Kaiser HRA			
	Prima	Contribución del Empleado Por Período de Pago	Contribución Mensual del Empleado	Contribución de NDNU
Empleado	\$ 742.79	\$ 45.00	\$ 90.00	\$ 652.79
Empleado + 1	\$ 1,485.57	\$ 375.00	\$ 750.00	\$ 735.57
Familia	\$ 2,102.09	\$ 650.00	\$ 1,300.00	\$ 802.09



	Mutual of Omaha Plan Dental			
	Prima	Contribución del Empleado Por Período de Pago	Contribución Mensual del Empleado	Contribución de NDNU
Empleado	\$ 60.25	\$ 3.50	\$ 7.00	\$ 53.25
Empleado + Cónyuge	\$ 112.54	\$ 30.15	\$ 60.29	\$ 52.25
Empleado + Niños	\$ 137.43	\$ 42.09	\$ 84.18	\$ 53.25
Familia	\$ 190.74	\$ 68.75	\$ 137.49	\$ 53.25



	Mutual of Omaha Plan EyeMed Visión			
	Prima	Contribución del Empleado Por Período de Pago	Contribución Mensual del Empleado	Contribución de NDNU
Empleado	\$ 6.49	\$ 1.58	\$ 3.16	\$ 3.33
Empleado + Cónyuge	\$ 14.90	\$ 5.43	\$ 10.86	\$ 4.04
Empleado + Niños	\$ 15.73	\$ 5.43	\$ 10.86	\$ 4.87
Familia	\$ 20.41	\$ 8.69	\$ 17.37	\$ 3.04



	LegalShield/IDShield	
	Legal + Individual IDShield	Legal + Familia IDShield
LegalShield	\$9.48	\$9.48
IDShield	\$4.48	\$9.48
Combinado	\$13.95	\$16.95

Los costos por los planes de Seguro de Vida y AD&D: Voluntario

Tabla de Prima Mensual - Seguro de Vida Voluntario

Para seleccionar la cantidad de seguro y calcular su prima mensual, haga lo siguiente:

- 1) Ubique la cantidad de beneficio que desea seleccionar de la fila superior de la tabla de primas de empleado. El monto de su beneficio debe estar en un incremento de \$10,000 (por ejemplo, \$10,000, \$20,000 ó \$50,000). Si es necesario, consulte la sección Pautas de cobertura para los mínimos y máximos
- 2) Encuentre su grupo de edad en la columna de la izquierda
- 3) La cantidad de su prima se encuentra en el recuadro donde se intersectan la fila (su edad) y la columna (cantidad del beneficio)
- 4) Ingrese los montos de beneficios y primas en sus respectivas áreas en la sección **Voluntary Life** del formulario de inscripción

Si el monto del beneficio que desea seleccionar es mayor de \$100,000, seleccione la cantidad del beneficio de la fila superior que cuando se multiplica por otro resultado da la cantidad de beneficio que desea seleccionar. Por ejemplo, si desea \$ 150,000 en cobertura, obtiene su cantidad de prima multiplicando la tarifa 3 veces por \$50,000.

	\$10,000	\$20,000	\$30,000	\$40,000	\$50,000	\$60,000	\$70,000	\$80,000	\$90,000	\$100,000
0 - 34	\$0.60	\$1.20	\$1.80	\$2.40	\$3.00	\$3.60	\$4.20	\$4.80	\$5.40	\$6.00
35 - 39	\$0.90	\$1.80	\$2.70	\$3.60	\$4.50	\$5.40	\$6.30	\$7.20	\$8.10	\$9.00
40 - 44	\$1.50	\$3.00	\$4.50	\$6.00	\$7.50	\$9.00	\$10.50	\$12.00	\$13.50	\$15.00
45 - 49	\$2.50	\$5.00	\$7.50	\$10.00	\$12.50	\$15.00	\$17.50	\$20.00	\$22.50	\$25.00
50 - 54	\$3.70	\$7.40	\$11.10	\$14.80	\$18.50	\$22.20	\$25.90	\$29.60	\$33.30	\$37.00
55 - 59	\$5.50	\$11.00	\$16.50	\$22.00	\$27.50	\$33.00	\$38.50	\$44.00	\$49.50	\$55.00
60 - 64	\$9.10	\$18.20	\$27.30	\$36.40	\$45.50	\$54.60	\$63.70	\$72.80	\$81.90	\$91.00
65 - 69	\$16.30	\$32.60	\$48.90	\$65.20	\$81.50	\$97.80	\$114.10	\$130.40	\$146.70	\$163.00
70 - 74	\$23.10	\$46.20	\$69.30	\$92.40	\$115.50	\$138.60	\$161.70	\$184.80	\$207.90	\$231.00
75 - 79	\$49.90	\$99.80	\$149.70	\$199.60	\$249.50	\$299.40	\$349.30	\$399.20	\$449.10	\$499.00
80+	\$126.60	\$253.20	\$379.80	\$506.40	\$633.00	\$759.60	\$886.20	\$1,012.80	\$1,139.40	\$1,266.00

Tabla de Prima Mensual - Seguro por Muerte Accidental y Desmembramiento

Usted tiene la oportunidad de seleccionar la cantidad de cobertura de AD&D que considere apropiada para usted y sus dependientes elegibles. Sin embargo, hay algunas pautas que debe tener en cuenta al elegir esta cobertura.

GUÍAS DE SELECCIÓN DE COBERTURA

- 1) Usted y cada uno de sus dependientes elegibles deben estar cubiertos por el seguro de vida a término voluntario para ser elegible para la cobertura de AD&D
- 2) La cobertura AD&D no es necesaria para usted o sus dependientes elegibles, incluso si usted tiene cobertura de vida de término voluntaria
- 3) Las cantidades de los beneficios AD&D dependientes no pueden exceder el 100% de su monto de beneficio de AD&D
- 4) Usted y sus dependientes elegibles pueden seleccionar cualquier cantidad de cobertura de AD&D entre el Mínimo y el Monto Garantizado (indicado en el Resumen de Beneficios)
- 5) Si usted o su cónyuge eligen un seguro de vida por encima de la Cantidad Garantizada (y completa una solicitud de EIO), usted es elegible para la misma cantidad de cobertura de AD&D

SELECCIÓN DE COBERTURA Y CÁLCULO DE LA PRIMA

Para seleccionar la cantidad de su beneficio y calcular su prima mensual, haga lo siguiente:

- 1) Ubique la cantidad de beneficio que desea seleccionar de la fila superior de la tabla de primas de empleado. El monto de su beneficio debe estar en un incremento de \$1,000 (por ejemplo, \$3,000, \$4,000 ó \$5,000).
- 2) Ubique el importe de la prima correspondiente en la fila de abajo.
- 3) Ingrese sus cantidades de beneficios y primas en sus respectivas áreas en la sección AD&D de su formulario de inscripción. Si la cantidad del beneficio que desea seleccionar es mayor de \$10,000 seleccione la cantidad del beneficio de la fila superior que cuando se multiplica por otro resultado da la cantidad de beneficio que desea seleccionar. Por ejemplo, si desea \$150,000 en cobertura, obtiene su cantidad de prima multiplicando la tarifa 3 veces por \$50,000.

\$1,000	\$2,000	\$3,000	\$4,000	\$5,000	\$6,000	\$7,000	\$8,000	\$9,000	\$10,000
\$.04	\$.08	\$.12	\$.16	\$.20	\$.24	\$.28	\$.32	\$.36	\$.40



Para información acerca de la inscripción lea la página 2 de esta guía. Las tarifas de seguro para sus dependientes se encuentran al visitar: benefits.filice.com/ndnu

Las primas mensuales de beneficios voluntarios son hechas a través de deducciones por planilla después de impuestos. Si necesita asistencia por favor comuníquese con Filice Insurance.

Cuenta de Gastos Flexibles: Navia Benefit Solutions

Navia Benefit Solutions es el administrador externo de los planes de Cuenta de Gastos Flexibles (FSA). Notre Dame de Namur University continuará ofreciendo las dos opciones descritas a continuación. Ambos planes le permiten usar dólares antes de impuestos para pagar por gastos, permitidos por el IRS, de salud y por el cuidado de un dependiente. Cada año, usted decide cuánto aporta a su cuenta sobre una base antes de impuestos. La cantidad anual que usted elige se deduce de su cheque de pago en cantidades iguales cada período de pago.

FSA- Atención Médica

Esta cuenta le permite reservar hasta \$2,850 anualmente para pagar ciertos gastos de servicios de atención médica que no están cubiertos o parcialmente cubiertos por los planes de salud (médicos, dentales, visión y medicamentos recetados). Ejemplos de gastos elegibles incluyen copagos por visitas a la oficina del doctor y medicamentos recetados, atención quiropráctica, cirugía ocular con láser y ortodoncia.

Tarjeta de débito de NAVIA

Para esta cuenta recibirá una tarjeta de débito para usar con los proveedores participantes. En lugar de presentar y esperar por el reembolso de los gastos elegibles de su bolsillo, puede usar su tarjeta de débito para pagar directamente a su proveedor por gastos médicos calificados. Esta tarjeta sólo funcionará para los gastos elegibles. Al inscribirse en el plan recibirá una tarjeta a su nombre. Las tarjetas son válidas por períodos de 3 años; si ya tiene una tarjeta de débito, esta será recargada con su nueva elección. Si desea tarjetas adicionales al nombre de un cónyuge o dependiente elegible, puede solicitarlas a través de www.naviabenefits.com Hay una tarifa de \$5.00 por todas las solicitudes de tarjetas adicionales.



Alivio de COVID y FSAs

NDNU ofrecerá dos beneficios temporales de FSA mejoras como parte de sus esfuerzos de alivio de COVID:

Transferencia Ilimitada:

Cualquier saldo restante en su FSA a partir de 6/30/2022 se puede transferir al año del plan 2022-2023. Esto se aplica tanto a los planes FSA de cuidado de la salud como a los de cuidado de dependientes.

Cuidado de dependientes máximo:

La elección máxima para 2022 volverá a \$5,000 por hogar. Tenga en cuenta que el máximo para cuidado de dependiente se basa en el año fiscal y no en el año del plan. Vea a continuación y la página 18 para información importante..

Reglas importantes del IRS con respecto a FSAs

1. El período de gracia normal de 2.5 meses no se aplicará para el año del plan 2022-2023. En su lugar, podrá transferir hasta \$550 para su uso hacia nuevos gastos incurridos 7/1/2022 - 6/30/2023.
2. Tiene un período de 90 días hasta el 30 de septiembre para presentar un reclamo por el dinero en su cuenta FSA por reclamos incurridos entre el 7/1/2021-6/30/2022.
3. El dinero no se puede transferir entre cuentas. Por ejemplo, no puede usar su FSA de Cuidado de Dependientes para gastos de atención médica o viceversa.

Cuenta de Gastos Flexibles: Navia Benefit Solutions

FSA- Cuidado de Dependiente

La FSA de Cuidado de Dependientes (DCFSA) está diseñada para personas que necesitan cuidado de dependientes para que puedan trabajar. Usted es elegible para participar si es soltero o casado. Sin embargo, si está casado, su cónyuge debe trabajar o ir a la escuela a tiempo completo, o no poder cuidar a sus dependientes debido a una discapacidad, para que pueda ser elegible para la FSA de Cuidado de Dependientes. El cuidado de dependientes puede ser para sus hijos menores de 13 años, cónyuge o padres. Los dependientes deben vivir con usted y ser reclamados como dependientes en su declaración de impuestos federales.

La FSA de Cuidado de Dependientes (DCFSA) tendrá un nuevo máximo de \$5,000 por hogar a partir del 7/1/2022. Hay varias consideraciones si está pensando en aprovechar este aumento para el Año del Plan 2022-2023 de NDN. Vea a continuación las conclusiones clave. Tenga en cuenta que lo siguiente no es asesoramiento fiscal. Debe consultar con un profesional de impuestos si tiene alguna pregunta sobre impuestos o si necesita asesoramiento.

Referencias a continuación al año fiscal 2022 significa 1/1/2022 - 31/12/2022

- El nuevo límite del año fiscal 2022 es de \$5,000 por hogar o \$2,500 si su cónyuge también participa en un DCFSA y usted presenta sus impuestos por separado.
- Con respecto a la elección / reducción salarial del año fiscal actual para 2022: Una persona no puede exceder el máximo de \$5,000. Esto tendrá en cuenta sus contribuciones antes de impuestos del 1/1/2022 al 12/31/2022.
- Con respecto al período de transferencia / periodo de gracia para montos del año anterior (de 2021 a 2022): Una persona no puede exceder los \$10,500 en gastos excluibles por servicios incurridos dentro del año fiscal.
- Con respecto al año fiscal 2022: Presumiblemente, el límite para el año fiscal 2022 volverá a \$5,000. Cualquier monto de DCFSA no utilizado a partir de 2022 que permanezca disponible para su uso en 2022 estará sujeto al límite anterior de \$5,000 (es decir, cualquier gasto elegible de más de \$5,000 en el que se incurra y se reembolse de la DCFSA en 2022 estaría sujeto a impuestos en 2022). Se le dará la oportunidad de hacer ajustes a sus contribuciones del año fiscal 2022 para mantenerse dentro del límite presunto de 2022.

Navia ha compilado una biblioteca completa de recursos para ayudarlo a navegar los cambios en los beneficios durante la pandemia de COVID-19. La información se actualiza periódicamente. Además, puede encontrar herramientas y recursos para los participantes que lo ayudarán a maximizar sus beneficios de la FSA a través de NDN. ¡Visite el portal de participantes de Navia para obtener más información!





HAVE YOU EVER?

- Needed your Will prepared or updated
- Been overcharged for a repair or paid an unfair bill
- Had trouble with a warranty or defective product
- Signed a contract
- Received a moving traffic violation
- Had concerns regarding child support
- Worried about being a victim of Identity theft
- Been concerned about your child's identity
- Lost your wallet
- Worried about entering personal information online
- Feared the security of your medical information
- Been pursued by a collection agency

THE LEGALSHIELD MEMBERSHIP INCLUDES:

- Dedicated Law Firm**
Legal Advice/Consultation on unlimited personal issues
- Letters/Calls** made on your behalf
- Contracts/Documents Reviewed** up to 15 pages
- Residential Loan Document Assistance**
- Lawyers prepare your Will/Living Will/Health Care Power of Attorney/Financial Power of Attorney**
- Speeding Ticket Assistance**
- IRS Audit Assistance**
- Trial Defense** (if named defendant/respondent in a covered civil action suit)
- Uncontested Divorce, Separation, Adoption and/or Name Change Representation** (available 90 days after enrollment)
- 25% Preferred Member Discount** (bankruptcy, criminal charges, DUI, personal injury, etc.)
- 24/7 Emergency Access** for covered situations

Put your law firm in the palm of your hand with the LegalShield mobile app



LegalShield legal plans cover the member; member's spouse; never married dependent children under 26 living at home; dependent children under the age 18 for whom the member is the legal guardian; never married dependent children up to age 26 if a full-time college student; or physically or mentally disabled dependent children. This is general overview and is for illustrative purposes only. Plans and services vary from state to state. See a plan contract for your state of residence for complete terms, coverage, amounts, conditions and exclusions.

THE IDSHIELD MEMBERSHIP INCLUDES:

- Social Media Monitoring**
Allows you to monitor multiple social media accounts and content feeds for privacy and reputational risks.
- Privacy and Security Monitoring**
Internet monitoring of your name, date of birth, SSN, email address, phone numbers, and more. Monthly credit score tracking. With the family plan, Minor Identity Protection is included and provides monitoring for up to 8 children under the age of 18 for no additional cost.
- Consultation**
Your identity protection plan includes 24/7/365 live support for covered emergencies, unlimited counseling, identity alerts, data breach notifications and lost wallet protection.
- Full Identity Restoration**
Complete identity recovery services by Kroll Licensed Private Investigators to its pre-theft status.
- \$5 Million Service Guarantee**
We'll do whatever it takes for as long as it takes to help recover and restore your identity.

Put Identity Theft Protection in the palm of your hand with the IDShield mobile app



IDShield family coverage includes, the member, member's spouse and up to 8 minor children under the age of 18. Dependents age 18-26 receive consultation and restoration only. This is a general overview and is for illustrative purposes only. Plans and services vary from state to state. See plan contract for your state of residence for complete terms, coverage, amounts, conditions and exclusions.

Beneficios Adicionales

Como empleado de NDNU, usted tiene acceso a una serie de beneficios adicionales. Para más información sobre estos beneficios adicionales, comuníquese con Recursos Humanos o con Filice Insurance.

GoNavia- Viajero diario al trabajo

Los beneficios de viajero diario al trabajo y estacionamiento están disponibles para los empleados que desean pagar esos gastos con dólares libres de impuestos. **Los beneficios actuales por mes son \$270 por transporte público y \$270 por estacionamiento.** Navia Benefit Solutions es el administrador externo.

Para poner su primer pedido, debe iniciar sesión en su cuenta en línea en www.naviabenefits.com. La fecha tope para hacer su pedido mensual es el 20 de cada mes. Puede realizar cambios en su pedido mensualmente.

Step 1: Login as a participant to www.naviabenefits.com. If you have not registered yet, you will need to complete the registration process.

Step 2: Once logged in, select the "GoNavia Commuter Orders" link under the "My Tools" section.

Step 3: Select your benefit.

Step 4: Enter the dollar amount for your order.

Step 5: Select the months you would like to have your order recur

Step 6: Once you've confirmed your order and agreed to the terms and conditions select "place my order"

You're finished! You will receive a confirmation email once your order has been submitted.

Programa de Asistencia al Empleado

Un plan confidencial de EAP y Asistencia durante el viaje se ofrecen a los empleados y los miembros de la familia sin costo alguno. Estos servicios son para usted y los miembros de su familia cuando necesita ayuda para equilibrar las demandas de la vida diaria.

- Acceso gratuito a profesionales de EAP las 24 horas del día, los 7 días de la semana disponibles para facilitar alguna referencia.
- Incluye ayuda y referencias para ayudarlo a resolver dificultades que enfrenta con la familia, el trabajo y el estilo de vida.
- Asesoramiento personal y familiar, ayuda con el control de peso, crianza de los hijos y salud mental.
- Ayuda legal y financiera
- Recursos para el cuidado de niños, ancianos y planeamiento universitario.

Asistencia durante el viaje

Mutual of Omaha ofrece a los empleados de Notre Dame de Namur University un servicio las 24 horas al día, los 365 días del año asistencia. Este servicio es para usted y la familia durante un viaje ya sea doméstico o internacional de más de 100 millas empezando desde su casa. Esto incluye:

- Asistencia médica de emergencia, como transporte, evacuación, referencias médicas y prescripciones, etc.
- Dinero para una emergencia
- Servicios de traducción e interpretación
- Ubicación de servicios legales
- Asistencia con equipaje perdido o robado
- Asistencia previa al viaje (como pedir una visa o documentación requerida, consulado, ubicación y más!

Como usar este beneficio de Mutual of Omaha:

- Número de Identificación: 9900MOO2
- 800-856-9947 (Estados Unidos)
- 312-935-3658 (Internacional)

Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (HIPAA)

Este aviso describe como se puede usar y compartir su información médica y como puede obtener acceso a esta información. Por favor revísalo cuidadosamente.

NUESTRO COMPROMISO

Este aviso tiene la intención de informarle sobre las prácticas de privacidad seguidas por Notre Dame de Namur University y las obligaciones legales del Plan con respecto a la información de salud protegida bajo la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA). Este aviso también explica los derechos de privacidad que usted y los miembros de su familia tienen como participantes del Plan. Esto es vigente desde el 09/09/2013.

El plan a menudo necesita acceso a su información de salud protegida para poder pagar los servicios de salud y realizar las funciones administrativas del plan. Queremos asegurarles a los participantes del plan cubiertos por el Plan que cumplimos con las leyes federales de privacidad y respetamos su derechos a la privacidad. Notre Dame de Namur University requiere que todos los miembros de nuestra fuerza laboral y terceros que tienen acceso a información de salud protegida cumplan con las prácticas de privacidad descritas a continuación.

INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

HIPAA también requiere que los planes de salud protejan la confidencialidad de su información de salud privada. Una descripción completa de sus derechos bajo HIPAA se puede encontrar en el Aviso de Privacidad del Plan o, en su caso, en el aviso de privacidad proporcionado por la aseguradora. Para obtener una copia del aviso de privacidad, comuníquese con la compañía de seguros o, si tiene preguntas o quejas acerca de la privacidad de su información de salud, póngase en contacto con el Administrador del Plan.

COMO PODEMOS USAR SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Bajo la HIPAA, usted tiene ciertos derechos con respecto a su información de salud protegida, incluyendo ciertos derechos para ver y copiar información.

Pago. Usamos o compartimos su información de salud protegida sin su autorización por escrito para determinar la elegibilidad para los beneficios, buscar el reembolso de un tercero o coordinar los beneficios con otro plan de salud bajo el cual está cubierto. Por ejemplo, un proveedor de atención médica que le brindó tratamiento nos proporcionará su información de salud. Usamos esa información para determinar si esos servicios son elegibles para el pago de nuestro plan de salud grupal.

Operaciones de atención médica. Usamos y divulgamos su información de salud protegida para realizar funciones de administración del plan, tales como actividades de garantía de calidad, resolución de reclamos internos y evaluación del desempeño del plan. Por ejemplo, revisamos la experiencia de reclamos para comprender la utilización de los participantes y realizar cambios en el diseño del plan destinados a controlar los costos de atención médica.

Sin embargo, tenemos prohibido usar o compartir información de salud protegida que sea información genética para nuestros propósitos de suscripción.

Tratamiento. Aunque la ley permite el uso y divulgación de su información de salud protegida para fines de tratamiento, como plan de salud generalmente no necesitamos compartir su información para fines de tratamiento. Se requiere que su médico o proveedor de atención médica le brinde una explicación de cómo usan y comparten su información médica para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

Según lo permitido o requerido por la ley. También podemos usar o compartir su información de salud protegida sin su autorización por escrito por otros motivos según lo permita la ley. La ley nos permite compartir información, sujeta a ciertos requisitos, para comunicar información sobre beneficios o servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés, responder a una orden judicial o proporcionar información para otras actividades de salud pública (Ejemplo, prevenir la propagación de la enfermedad) sin su autorización por escrito. También se nos permite compartir información de salud protegida durante una reestructuración corporativa, como una fusión, venta o adquisición.

También compartiremos información médica sobre usted cuando lo exija la ley, por ejemplo, para evitar daños graves a usted u otras personas.

Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (HIPAA) (continua)

De conformidad con su autorización. Cuando lo exija la ley, le pediremos su autorización por escrito antes de usar o divulgar su información de salud protegida. Los usos y divulgaciones no descritos en este aviso solo se realizarán con su autorización por escrito. La mayoría de los usos y divulgaciones de las notas de psicoterapia también requieren su autorización por escrito. Sujeto a algunas excepciones limitadas, se requiere su autorización por escrito para la venta de información de salud protegida y para el uso o divulgación de información de salud protegida con fines de comercialización. Si elige firmar una autorización para divulgar información, más tarde puede revocar esa autorización para evitar futuros usos o divulgaciones.

A los socios comerciales. Podemos celebrar contratos con entidades conocidas como Asociados Comerciales que brindan servicios o realizan funciones en nombre del Plan. Podemos divulgar información médica protegida a los Asociados comerciales una vez que hayan acordado por escrito proteger la información médica protegida.

Por ejemplo, podemos divulgar su información de salud protegida a un Asociado Comercial para administrar reclamos. La ley también exige a los asociados comerciales que protejan la información médica protegida.

Al patrocinador del plan. Podemos divulgar información de salud protegida a ciertos empleados de la Universidad Notre Dame de Namur con el propósito de administrar el Plan. Estos empleados usarán o divulgarán la información de salud protegida solo cuando sea necesario para realizar las funciones de administración del plan o según lo requiera HIPAA, a menos que usted haya autorizado divulgaciones adicionales. Su información de salud protegida no puede usarse para fines laborales sin su autorización específica.

SUS DERECHOS

Derecho a inspeccionar y copiar. En la mayoría de los casos, tiene derecho a inspeccionar y copiar la información médica protegida que mantenemos sobre usted. Si solicita copias, le cobraremos una tarifa razonable para cubrir los costos de copia, envío u otros gastos asociados con su solicitud. Su solicitud para inspeccionar o revisar su información de salud debe presentarse por escrito a la persona que se detalla a continuación. En algunas circunstancias, podemos denegar su solicitud de inspeccionar y copiar su información de salud. En la medida en que su información se mantenga en un registro de salud electrónico, es posible que pueda recibir la información en un formato electrónico.

Derecho a enmendar. Si cree que la información dentro de sus registros es incorrecta o si falta información importante, tiene derecho a solicitar que corrijamos la información existente o agreguemos la información que falta. Su solicitud para enmendar su información de salud debe presentarse por escrito a la persona que figura a continuación.

En algunas circunstancias, podemos denegar su solicitud de modificar su información de salud. Si rechazamos su solicitud, puede presentar una declaración de desacuerdo con nosotros para incluirla en cualquier divulgación futura de la información en disputa.

Derecho a una contabilidad de divulgaciones. Tiene derecho a recibir un informe de ciertas divulgaciones de su información de salud protegida. La contabilidad no incluirá divulgaciones que se hicieron (1) con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica; (2) para ti; (3) de conformidad con su autorización; (4) a sus amigos o familiares en su presencia o por una emergencia; (5) para fines de seguridad nacional; o (6) incidental a revelaciones permitidas de otra manera.

Su solicitud de contabilidad debe presentarse por escrito a la persona que se detalla a continuación. Puede solicitar un informe de las divulgaciones realizadas en los últimos seis años. Puede solicitar un informe gratuito dentro de un período de 12 meses.

Derecho a solicitar restricciones. Tiene derecho a solicitar que no usemos o divulguemos información para tratamiento, pago u otros fines administrativos, excepto cuando esté específicamente autorizado por usted, cuando lo exija la ley o en circunstancias de emergencia. También tiene derecho a solicitar que limitemos la información médica protegida que divulgamos a alguien involucrado en su atención o el pago de su atención, como un familiar o amigo. Su solicitud de restricciones debe presentarse por escrito a la persona que se detalla a continuación. Consideraremos su solicitud, pero en la mayoría de los casos no estamos legalmente obligados a aceptar esas restricciones. Sin embargo, cumpliremos con cualquier solicitud de restricción si la divulgación es a un plan de salud con fines de pago u operaciones de atención médica (no para tratamiento) y la información médica protegida se refiere únicamente a un artículo o servicio de atención médica que se ha pagado de bolsillo y en su totalidad.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales. Tiene derecho a recibir comunicaciones confidenciales que contengan su información de salud. Su solicitud de restricciones debe presentarse por escrito a la persona que figura a continuación. Estamos obligados a atender solicitudes razonables. Por ejemplo, puede solicitar que nos comuniquemos con usted en su lugar de trabajo o que le enviemos comunicaciones sobre el tratamiento a una dirección alternativa.

Avisos Requeridos

Derecho a ser notificado de una violación. Usted tiene derecho a ser notificado en caso de que nosotros (o uno de nuestros Asociados Comerciales) descubramos una violación de su información de salud protegida no segura. La notificación de cualquier incumplimiento se realizará de acuerdo con los requisitos federales.

NUESTRA RESPONSABILIDAD LEGAL

La ley nos exige proteger la privacidad de su información de salud protegida, brindarle ciertos derechos con respecto a su información de salud protegida, proporcionarle este aviso sobre nuestras prácticas de privacidad y seguir las prácticas de información que se describen en este aviso. Podemos cambiar nuestras políticas en cualquier momento. En caso de que realicemos un cambio significativo en nuestras políticas, le proporcionaremos una copia revisada de este aviso. También puede solicitar una copia de nuestro aviso en cualquier momento. Para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad, comuníquese con la persona que se detalla a continuación. Si tiene alguna pregunta o queja, comuníquese con:

Notre Dame de Namur University
Dr. Karen D. White
1500 Ralston Avenue, Belmont, CA 94002-1908
650-508-3645

QUEJAS/RECLAMOS

Si le preocupa que hayamos violado sus derechos de privacidad o no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre el acceso a sus registros, puede comunicarse con la persona mencionada anteriormente. También puede enviar una queja por escrito al U.S. Department of Health and Human Services — Office of Civil Rights. La persona mencionada anteriormente puede proporcionarle la dirección apropiada a pedido o puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información. No se lo penalizará ni se tomarán represalias por presentar una queja ante la Office of Civil Rights o con nosotros.

Aviso de Inscripción Especial

ESTE AVISO SE PROPORCIONA PARA ASEGURARSE DE QUE USTED ENTIENDE SU DERECHO A SOLICITAR LA COBERTURA DE SEGURO MÉDICO GRUPAL. DEBE LEER ESTE AVISO INCLUSO SI TIENE LA RENUNCIA A LA COBERTURA EN ESTE MOMENTO.

PÉRDIDA DE OTRA COBERTURA

Si está rechazando la cobertura para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a otro seguro de salud o cobertura de plan de salud grupal, puede inscribirse usted y sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir a su otra cobertura o la de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores a la finalización de su cobertura o la de sus dependientes (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).

Ejemplo: Renunció a la cobertura porque estaba cubierto por un plan ofrecido por el empleador de su cónyuge. Su cónyuge termina su empleo. Si notifica a su empleador dentro de los 30 días de la fecha de finalización de la cobertura, usted y sus dependientes elegibles pueden solicitar la cobertura de nuestro plan de salud.

MATRIMONIO, NACIMIENTO O ADOPCIÓN

Si tiene un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, puede inscribirse usted y sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento o colocación en adopción.

Ejemplo: cuando lo contratamos, era soltero y decidió no elegir los beneficios del seguro de salud. Un año después, te casas. Usted y sus dependientes elegibles tienen derecho a inscribirse en este plan de salud grupal. Sin embargo, debe presentar la solicitud dentro de los 30 días posteriores a la fecha de su matrimonio.

MEDICAID O CHIP

Si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o del Programa de seguro médico para niños (CHIP) o se vuelven elegibles para un subsidio de asistencia de primas de Medicaid o CHIP, puede inscribirse usted y sus dependientes. Debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP o la determinación de elegibilidad para un subsidio de asistencia premium. Ejemplo: cuando fuimos contratados por nosotros, sus hijos recibieron cobertura de salud bajo CHIP y usted no los inscribió en nuestro plan de salud. Debido a cambios en sus ingresos, sus hijos ya no son elegibles para la cobertura de CHIP. Puede inscribirlos en este plan de salud grupal si presenta la solicitud dentro de los 60 días posteriores a la pérdida de la cobertura de CHIP.

Aviso de Inscripción Especial (continua)

PARA MÁS INFORMACIÓN ON ASISTENCIA

Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, comuníquese con:

Notre Dame de Namur University
Dr. Karen D. White
1500 Ralston Avenue, Belmont, CA 94002-1908
650-508-3645

Nota: Si usted y sus dependientes elegibles se inscriben durante un período de inscripción especial, como se describió anteriormente, no se lo considera un afiliado tardío. Por lo tanto, es posible que su plan de salud grupal no le exija que cumpla un período de espera por afecciones preexistentes de más de 12 meses. Cualquier período de espera por condición preexistente se reducirá por el tiempo que se preste servicio en un plan calificado.

Aviso de Intercambio de Seguros de Salud (Marketplace)

PARTE A: Información general

Cuando entren en vigencia las partes clave de la ley de salud en el 2014, habrá una nueva forma de adquirir seguros médicos: a través del mercado de seguros médicos. A fin de ayudarle mientras evalúa las opciones para usted y su familia, este aviso brinda información básica sobre el nuevo mercado y la cobertura médica basada en el empleo que brinda su empleado.

¿Qué es el mercado de seguros médicos?

El mercado está diseñado para ayudarle a encontrar un seguro médico que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El mercado ofrece opciones de compra en un solo sitio, para buscar y comparar opciones de seguros médicos privados. También es posible que sea elegible para un nuevo tipo de crédito tributario que reduce su prima mensual de inmediato. El periodo de inscripción para la cobertura de seguro médico a través del mercado comienza en octubre del 2013 para la cobertura que comienza el 1.º de enero del 2014.

¿Puedo ahorrar dinero en las primas del seguro médico que ofrece el mercado?

Es posible que tenga la oportunidad de ahorrar dinero y reducir su prima mensual, pero solo si su empleador no ofrece cobertura médica u ofrece una cobertura que no cumple con determinadas normas. Los ahorros en la prima por la cual puede ser elegible dependen de los ingresos de su familia.

¿La cobertura médica del empleador afecta la elegibilidad para los ahorros en la prima a través del mercado?

Sí. Si su empleador brinda cobertura médica que cumple con determinadas normas, no será elegible para un crédito tributario a través del mercado y es posible que desee inscribirse en el plan de salud de su empleador. No obstante, es posible que sea elegible para un crédito tributario que reduce la prima mensual o para una reducción en la cuota de los costos si su empleador no brinda cobertura o no brinda cobertura que cumple con determinadas normas. Si el costo del plan de su empleador que le brindaría cobertura a usted (y no, a los demás miembros de la familia) supera el 9.5 % del ingreso anual de su familia, o si la cobertura médica que brinda su empleador no cumple con la norma de "valor mínimo" establecida por la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act o ACA, por sus siglas en inglés), es posible que sea elegible para un crédito tributario.

Nota: Si adquiere un plan de salud a través del mercado en lugar de aceptar la cobertura médica que brinda su empleador, es posible que pierda las contribuciones (si las hay) que el empleador da para la cobertura médica que brinda. Además, las contribuciones del empleador (así como sus las contribuciones como empleado para la cobertura médica que brinda el empleador) a menudo se excluyen del ingreso sujeto impuesto federal y estatal. Los pagos para la cobertura médica a través del mercado se realizan después de impuestos.

¿Cómo puedo obtener más información?

Para obtener más información sobre la cobertura que brinda el empleador, consulte el resumen de la descripción del Plan o comuníquese con:

Notre Dame de Namur University- Dr. Karen D. White- 1500 Ralston Avenue, Belmont, CA 94002-1908- 650-508-3645

Nuevas opciones de Cobertura del Mercado de Seguros de Salud y su Cobertura de Salud (continua)

El mercado puede ayudarlo a evaluar sus opciones de cobertura, incluida su elegibilidad para la cobertura a través del mercado y sus costos. Visite CuidadoDeSalud.gov para obtener más información, incluida una solicitud en línea de cobertura de seguros médicos e información de contacto para un mercado de seguros médicos en su área.

PARTE B: Información sobre la cobertura médica que brinda su empleador

Esta sección incluye información sobre la cobertura médica que brinda su empleador. Si decide completar una solicitud de cobertura médica en el mercado, deberá brindar esta información. Esta información está enumerada de forma tal que coincida con la solicitud del mercado.

Nombre del Empleador: Notre Dame de Namur University
Número de Identificación del Empleador (EIN): 94-1156646
Número de Teléfono del Empleador: 650-508-3645
Dirección física del Empleador: 1500 Ralston Avenue
Ciudad: Belmont
Estado: CA
Código Postal: 94002-1908

¿A quién podemos contactar sobre cobertura de salud en este trabajo? Dr. Karen D. White

Aquí hay información básica sobre la cobertura de salud ofrecida por este empleador:

Notre Dame de Namur University ofrece cobertura de salud a: Algunos empleados. Los empleados elegibles son empleados activos a tiempo completo de Notre Dame de Namur University trabajando un promedio de 30 horas por semana.

Con respecto a sus dependientes, Notre Dame de Namur University ofrece cobertura a dependientes; estos son: Cónyuge, Pareja Doméstica e hijos hasta los 26 años de edad.

Esta cobertura cumple con el estándar de valor mínimo, y el costo de esta cobertura para usted está destinado a ser asequible, en función de los salarios de los empleados.

Por favor Note: Incluso si el objetivo de su empleador es brindarle cobertura asequible, es posible que sea elegible para obtener un descuento en la prima a través del mercado. El mercado utilizará el ingreso de su grupo familiar, junto con otros factores, para determinar si es elegible para recibir un descuento en la prima. Si, por ejemplo, sus salarios varían de una semana a la otra (tal vez es un empleado por hora o trabaja con comisiones), si fue contratado recientemente a mitad de año o si tiene otras pérdidas de ingreso, aún así es posible que reúna los requisitos para recibir un descuento en la prima.

Si decide comprar cobertura en el Marketplace, HealthCare.gov lo guiará a través del proceso.

Ley de Cobertura de Salud y Cáncer de la Mujer

Los planes de salud grupales y un emisor de seguro de salud que brinde cobertura de seguro de salud en relación con un plan de salud grupal que brinde beneficios médicos y quirúrgicos con respecto a una mastectomía también deben proporcionar cobertura para cirugía reconstructiva de una manera determinada en consulta con el médico tratante y el paciente. La cobertura incluye la reconstrucción del seno donde se realizó la mastectomía, cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica, y prótesis y tratamiento de complicaciones físicas en todas las etapas de la mastectomía, incluidos los linfedemas.

Para obtener más información sobre la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer, comuníquese con su departamento de Recursos Humanos.

Modelo de Aviso General de los Derechos de la Cobertura de Continuación de COBRA | California

Notre Dame de Namur University

Introducción

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

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

Al perder la cobertura de salud grupal, puede haber otras opciones disponibles. Por ejemplo, puede ser elegible para comprar un plan individual a través del mercado de seguros médicos. Al inscribirse en la cobertura a través del mercado de seguros médicos, puede cumplir con los requisitos para tener menores costos en las primas mensuales y gastos propios más bajos. Asimismo, puede tener derecho a un período de inscripción especial de 30 días en otro plan de salud grupal para el cual sea elegible (como un plan del cónyuge), aunque ese plan generalmente no acepte afiliados de último momento.

¿Qué es la cobertura de continuación de COBRA?

La cobertura de continuación de COBRA es la continuación de la cobertura del Plan cuando esta debería terminar debido a un evento determinado de la vida. Este acontecimiento también se conoce como "evento específico". Los eventos específicos se incluyen más abajo en este aviso. Después de un evento específico, la cobertura de continuación de COBRA debe ofrecerse a cada persona considerada un "beneficiario que cumple con los requisitos". Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios que cumplan con los requisitos si la cobertura del Plan se pierde debido al evento específico. Según el Plan, los beneficiarios que cumplan con los requisitos y que elijan la cobertura de continuación de COBRA must pay la cobertura de continuación de COBRA. Según el Plan, los beneficiarios calificados que eligen la continuación de la cobertura COBRA:

debe pagar la cobertura de continuación de COBRA.

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

- sus horas de empleo se reducen; o
- su empleo termina por un motivo que no sea una falta grave de su parte.

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

- su cónyuge muere;
- las horas de empleo de su cónyuge se reducen;
- el empleo de su cónyuge termina por un motivo que no sea una falta grave por parte de su cónyuge;
- su cónyuge adquiere el derecho a recibir los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas); o
- se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge.

Sus hijos dependientes se convertirán en beneficiarios que cumplen con los requisitos si pierden la cobertura del Plan debido a estos eventos específicos:

- el empleado cubierto muere;
- las horas de empleo del empleado cubierto se reducen;
- el empleo del empleado cubierto termina por un motivo que no sea una falta grave por parte del empleado cubierto;
- el empleado cubierto adquiere el derecho a recibir los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas); o
- los padres se divorcian o se separan legalmente; o el hijo deja de ser elegible para la cobertura del Plan como "hijo dependiente".

¿Cuándo está disponible la cobertura de continuación de COBRA?

El Plan ofrecerá la cobertura de continuación de COBRA a los beneficiarios que cumplan con los requisitos solamente después de que se le informe al administrador del Plan que ha ocurrido un evento específico.

Modelo de Aviso General de los Derechos de la Cobertura de Continuación de COBRA | California (continua)

El empleador debe notificar los siguientes eventos habilitantes al administrador del Plan:

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

Debe notificar algunos eventos que califican

Para todos los otros eventos específicos (divorcio o separación legal del empleado y el cónyuge, o hijo dependiente que pierde la elegibilidad para la cobertura como hijo dependiente), debe avisarle al administrador del Plan (marque uno y complete; complete si se permite un período más largo según su Plan):

en los 60 días posteriores a que se produzca el evento habilitante.

Debe proporcionarle este aviso a:

Dr. Karen D. White

Executive Director, Human Resources

Notre Dame de Namur University

1500 Ralston Avenue

Belmont, CA 94002-1908

650-508-3645

El aviso de un evento calificado debe incluir: (Ingrese cualquier información y / o documentación requerida por el Plan)

Prueba de ganancia o pérdida de otra cobertura

¿Cómo se proporciona la cobertura de continuación de COBRA?

Después de que el administrador del Plan recibe el aviso de que se ha producido un evento específico, la cobertura de continuación de COBRA se ofrecerá a cada uno de los beneficiarios que cumplan con los requisitos. Cada beneficiario que cumpla con los requisitos tendrá su propio derecho a elegir la cobertura de continuación de COBRA. Los empleados cubiertos pueden elegir la cobertura de continuación de COBRA en nombre de su cónyuge y los padres pueden elegir la cobertura de continuación de COBRA en nombre de sus hijos. La cobertura de continuación de COBRA es la continuación temporal de la cobertura debido a la terminación del empleo o a la reducción de las horas de trabajo, y en general dura 18 meses. Determinados eventos específicos, o un segundo evento específico durante el período inicial de cobertura, pueden permitir que el beneficiario reciba un máximo de 36 meses de cobertura.

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

Extensión por un segundo evento específico del período de 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA

Si el Seguro Social determina que usted o alguien de su familia cubierto por el Plan está deshabilitado y notifica al Administrador del Plan de manera oportuna, usted y toda su familia pueden tener derecho a recibir hasta 11 meses adicionales de cobertura de continuación de COBRA, para un máximo total de 29 meses. La discapacidad debería haber comenzado en algún momento antes del día 60 de la continuación de la cobertura de COBRA y debe durar al menos hasta el final del período de 18 meses de continuación de la cobertura.

(Marque la casilla si corresponde) El Plan tiene disposiciones que requieren que usted notifique una determinación de discapacidad, incluidos los plazos y los procedimientos. Por favor visite Recursos Humanos para más detalles. Además, se debe dar aviso de una determinación de discapacidad de la SSA a:

Dr. Karen D. White

Human Resources Manager

Notre Dame de Namur University

1500 Ralston Avenue

Belmont, CA 94002-1908

650.508.3704

Segunda extensión del evento calificador de 18 meses de cobertura de continuación

Si su familia experimenta otro evento calificado mientras recibe 18 meses de cobertura de continuación de COBRA, el cónyuge y los hijos dependientes en su familia pueden obtener hasta 18 meses adicionales de cobertura de continuación de COBRA, por un máximo de 36 meses, si el Plan recibe una notificación adecuada sobre El segundo evento clasificatorio.

Modelo de aviso general de los derechos de la cobertura de continuación de COBRA | California (continua)

Esta extensión puede estar disponible para el cónyuge y cualquier hijo dependiente que reciba la cobertura de continuación de COBRA en el caso de que el empleado o ex empleado muera, adquiera el derecho a recibir los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas), se divorcie o se separe legalmente, o si el hijo dependiente deja de ser elegible en el Plan como hijo dependiente. Esta extensión solo está disponible en el caso de que el segundo evento específico hubiese hecho que el cónyuge o el hijo dependiente pierda la cobertura del Plan si no se hubiese producido el primer evento específico.

Cobertura extendida de Cal-COBRA para empleados de California

El Plan debe ofrecer a cualquier beneficiario calificado que tenga derecho a menos de 36 meses de continuación de cobertura bajo COBRA y haya agotado dicha cobertura la oportunidad de extender la cobertura bajo Cal-COBRA a un total de 36 meses a partir de la fecha en que comenzó la continuación de cobertura del beneficiario calificado. Un beneficiario calificado que elija dicha continuación de cobertura debe pagar al plan grupal, en la fecha de vencimiento de cada pago o antes, pero no con mayor frecuencia que mensualmente, no más del 110 por ciento de la tarifa aplicable cobrada por un empleado cubierto o, en el caso de la cobertura de dependientes, no más del 110 por ciento de la tarifa aplicable cobrada a una persona en situación similar bajo el plan de beneficios grupales continúa bajo el contrato grupal. En el caso de un beneficiario calificado que la SSA determine que está incapacitado (consulte "Incapacidad" más arriba), el beneficiario calificado deberá pagar al plan de salud grupal una cantidad no mayor al 150 por ciento de la tarifa grupal después del primer 18 meses de continuación de cobertura.

¿Hay otras opciones de cobertura además de la cobertura de continuación de COBRA?

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

Si tiene preguntas

Las preguntas acerca de su Plan o de sus derechos a recibir la cobertura de continuación de COBRA deben enviarse al contacto o los contactos identificados abajo. Para obtener más información sobre sus derechos según la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA, por sus siglas en inglés), incluida la ley COBRA, la Ley de Atención Médica (de bajo costo) y la Protección al Paciente, y otras leyes que afectan a los planes de salud grupales, comuníquese con la oficina regional o de distrito más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (EBSA, por sus siglas en inglés) del Departamento de Trabajo de Estados Unidos en su área, o visite www.dol.gov/ebsa (Las direcciones y los números de teléfono de las oficinas regionales y de distrito de EBSA están disponibles en el sitio web de EBSA). Para obtener más información acerca del mercado de seguros médicos, visite www.HealthCare.gov

Mantenga su plan informado de los cambios de domicilio

Para proteger los derechos de su familia, debe mantener informado al Administrador del Plan sobre cualquier cambio en las direcciones de los miembros de la familia. También debe guardar una copia, para sus registros, de cualquier notificación que envíe al Administrador del Plan.

Para información acerca del Plan comuníquese:

Dr. Karen D. White
Executive Director, Human Resources
Notre Dame de Namur University
1500 Ralston Avenue
Belmont, CA 94002-1908
650-508-3645

Para obtener información sobre la continuación de la cobertura COBRA, comuníquese:

Dr. Karen D. White
Executive Director, Human Resources
Notre Dame de Namur University
1500 Ralston Avenue
Belmont, CA 94002-1908
650-508-3645

Aviso de Cobertura Acreditable de la Parte D de Medicare

Aviso Importante de Notre Dame de Namur University sobre su Cobertura de Medicamentos Recetados y Medicare

Por favor lea este aviso cuidadosamente y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual para recetas médicas con Notre Dame de Namur University y sus opciones bajo la cobertura de Medicare para medicamentos recetados. Además, le menciona dónde encontrar más información que le ayude a tomar decisiones sobre su cobertura para medicinas. Si usted está considerando inscribirse, debe comparar su cobertura actual, incluyendo los medicamentos que están cubiertos a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicinas recetadas en su área. Información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados se encuentra al final de este aviso. Hay dos cosas importantes que usted necesita saber sobre su cobertura actual de Medicare y la cobertura de medicamentos recetados:

1. La nueva cobertura de Medicare para recetas médicas está disponible desde el 2006 para todas las personas con Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan de Medicare para Recetas Médicas, o un Plan Medicare Advantage (como un PPO o HMO) que ofrece cobertura para medicamentos recetados. Todos los planes de Medicare para recetas médicas proporcionan por lo menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Además, algunos planes pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.

2. Notre Dame de Namur University ha determinado que la cobertura para recetas médicas ofrecida por los planes a través de Blueshield of California & Kaiser en promedio, se espera que pague tanto como lo hará la cobertura estándar de Medicare para recetas médicas para todos los participantes del plan y por lo tanto es considerada Cobertura Acreditable. Debido a que su cobertura actual es Acreditable, usted puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una penalidad), si más tarde decide inscribirse en un plan de Medicare.

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

Usted puede inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos la primera vez que es elegible para Medicare y cada año del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Sin embargo, si pierde su cobertura actual acreditable, y no es su culpa, usted será elegible para dos (2) meses en el Período de Inscripción Especial (SEP) para suscribirse en un Plan Medicare de medicinas.

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

Si decide inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos recetados, su cobertura actual con Notre Dame de Namur University puede ser afectada.

Si cancela su cobertura actual con Notre Dame de Namur University y se inscribe en un plan de Medicare para recetas médicas, puede ser que más adelante ni usted ni sus dependientes puedan obtener su cobertura de nuevo.

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

Usted debe saber también que si cancela o pierde su cobertura actual con Notre Dame de Namur University y deja de inscribirse en una cobertura de Medicare para recetas médicas después de que su cobertura actual termine, podría pagar más (una penalidad) por inscribirse más tarde en una cobertura de Medicare para recetas médicas..

Si usted lleva 63 días o más sin cobertura acreditable para recetas médicas que sea por lo menos tan buena como la cobertura de Medicare para recetas médicas, su prima mensual aumentará por lo menos un 1% al mes por cada mes que usted no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si usted lleva diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima siempre será por lo menos 19% más alta de lo que la mayoría de la gente paga. Usted tendrá que pagar esta prima más alta (penalidad) mientras tenga la cobertura de Medicare. Además, usted tendrá que esperar hasta el siguiente mes de octubre para inscribirse.

Para más información sobre este aviso o su cobertura actual para recetas médicas, comuníquese con la persona descrita al final de este aviso.

NOTA: Usted recibirá este aviso cada año. Recibirá el aviso antes del próximo período en el cual usted puede inscribirse en la cobertura de Medicare para recetas médicas, y en caso de que esta cobertura cambie con Notre Dame de Namur University. Además, usted puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Avisos Requeridos

Aviso de Cobertura Acreditable de la Parte D de Medicare (continua)

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

Revise el manual "Medicare y Usted" para información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura para recetas médicas. Medicare le enviará por correo un ejemplar del manual. Tal vez los planes de Medicare para recetas médicas le llamen directamente.

Para más información sobre los planes de Medicare para recetas médicas:

- Visite www.medicare.gov
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte su manual Medicare y Usted para obtener los números telefónicos) para ayuda personalizada
- Llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048

Para las personas con ingresos y recursos limitados, hay ayuda adicional que paga por un plan de Medicare para recetas médicas. El Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) tiene disponible información sobre esta ayuda adicional. Para más información sobre esta ayuda adicional, visite la SSA en línea www.socialsecurity.gov o llámeles al 1-800-772-1213 (Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-800-325-0778).

Recuerde: Guarde este aviso. Si se inscribe en uno de los nuevos planes aprobados por Medicare que ofrece cobertura de medicamentos recetados, tal vez necesite dar una copia de este aviso cuando se inscriba a fin de demostrar si mantiene o no una cobertura acreditable y si debe pagar una prima más alta (una penalidad)

Fecha: 7/1/2022
Nombre de la Entidad/Remitente: Notre Dame de Namur University
Contacto: Dr. Karen D. White
Dirección: 1500 Ralston Avenue
Belmont, CA 94002-1908
Número de Teléfono: 650-508-3645
Correo electrónico: mhaesloop@ndnu.edu

La Ley de Reducción de Papeleo de 1995 requiere que le avisemos que la colección de esta información se hace según las disposiciones de la sección 3507 de La Ley de Reducción de Papeleo de 1995. No podemos coleccionar ni patrocinar la colección de información, y usted no está obligado a responder a una colección de información a menos que muestre un número válido de control de la Oficina de Gerencia y Presupuesto (OMB, siglas en inglés). El número válido de control de OMB para esta colección de la información es 0938-0990. Calculamos que tardará unas 8 horas para completar cada sección. Esto incluye el tiempo que se tardará en leer las instrucciones, reunir la información necesaria y llenar el formulario. Si usted tiene comentarios sobre la precisión del estimado que toma llenar este formulario o sugerencias de cómo mejorar este documento, por favor envíelos por escrito a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Información Importante

Plan	Número de Teléfono	Sitio Web/Email	Póliza
Médico: Kaiser	Servicio a los miembros: 800-464-4000 Grupo del Equipo Deduc.: 800-390-3507, #1	www.kp.org	5064
HRA: Marin Benefits	415-526-1401	www.marinbenefits.com helpdesk@marinbenefits.com	MBINDNU
Dental: Mutual of Omaha	800-442-7742	www.mutualofomaha.com/dental	GUDS-AXY3
Visión: Mutual of Omaha (VSP)	800-877-7195	www.mutualofomaha.com/vision	GUDS-AXY3
Seguro de Vida, AD&D y Dis- capacidad: Mutual of Omaha	800-655-5142	www.mutualofomaha.com	GUDS-AXY3
Asistencia durante el viaje: Mutual of Omaha	800-856-9947 (US) 312-935-3658 (Int'l)	www.mutualofomaha.com	9900MOO2
Programa de Asistencia al Empleo: Mutual of Omaha	800-316-2796	www.mutualofomaha.com/eap	N/A
Cuenta de Gastos Flexibles (FSA) & Viajero diario al trabajo: Navia Benefit Solutions	800-669-3539	www.naviabenefits.com	NDN
LegalShield / IDShield: Brielle Crouse	865-405-1209	brielle@premiersolutionsintl.com	N/A
Plan de jubilación 403(b): TIAA-CREF	800-617-4729	www.tiaa-cref.org Para inscribirse visite: www.tiaa-cref.org/ndnu	N/A
Preguntas sobre beneficios: Amber Burson, Filice Insurance Nancy Centeno, Filice Insurance	925-962-1981 925-385-5302	aburson@filice.com ncenteno@filice.com	N/A

Todos los documentos relacionados con el Programa de Beneficios del Seguro de Empleados de la NDNU, incluyendo las Descripciones de Resumen del Plan, Aviso de Privacidad de HIPAA, COBRA y cualquier otro documento o aviso pertinente, a los empleados ya sus dependientes electrónicamente a través del sitio web de NDNU. Usted puede recibir gratuitamente una copia en papel de cualquiera de los documentos antes mencionados, poniéndose en contacto con el departamento de Recursos Humanos. Para ver cualquiera de los documentos mencionados en cualquier momento, visite el sitio web de beneficios personalizados de la NDNU.

benefits.filice.com/ndnu



1500 Ralston Avenue
Belmont, CA 94002-1908
650.508.3642