



Beneficios para Vivir Bien

Resumen de
Beneficios 2021

— BMR —





Qué hay dentro

Bienvenido a Sus Beneficios de USD.

En la Universidad de San Diego, nuestro objetivo es preparar líderes dedicados a la conducta ética y al servicio compasivo. En estos tiempos de incertidumbre, estamos especialmente agradecidos por su compromiso con nuestra misión, nuestros estudiantes y nuestro espíritu de "Toreros juntos". Sabemos que un paquete integral de beneficios es más importante ahora que nunca, por lo que nos complace ofrecer un programa que se centra en el bienestar general en todas las esferas de la vida.

Ofrecemos herramientas para su bienestar físico, mental y financiero, así como recursos que brindan apoyo y orientación para ayudarle a navegar los desafíos actuales de la vida diaria. Debido a que las necesidades de cada persona son diferentes, le ofrecemos opciones, lo que le permite elegir los beneficios adecuados para usted y su familia.

Le recomendamos que revise esta guía y elija sus planes con cuidado. Si tiene preguntas, nuestro equipo de beneficios está listo para ayudarle en usdbenefits@sandiego.edu, o puede comunicarse con los proveedores individuales que figuran en la página de Contactos para Beneficios.



 **ESTA GUÍA
ES SELECCIONABLE**

Esta guía está diseñada para ofrecerle acceso rápido a la información de sus beneficios:

- Haga clic en el menú superior para ir directamente a un capítulo de esta guía.
- Dentro de cada capítulo, haga clic en una página en el panel de la izquierda para ir directamente a esa página.
- Utilice los botones de las esquinas inferiores para avanzar o retroceder una página.

Elegibilidad para Beneficios

Los empleados elegibles incluyen:

- Empleados regulares a tiempo completo
- Profesorado regular a tiempo completo
- Los empleados que no son a tiempo completo y/o que no ocupan puestos regulares pueden ser elegibles para ciertos beneficios de acuerdo con la Ley de Cuidado de Salud Asequible, las reglas que rigen el plan de jubilación de aportaciones definidas de USD y otras políticas de USD (comuníquese con el equipo de Beneficios para obtener más detalles).

Puede inscribir a sus dependientes elegibles en muchos de los mismos planes que elija para usted. **Es posible que se requieran pruebas de la condición de dependiente (como actas de matrimonio o de nacimiento) para inscribirse.** Los dependientes elegibles incluyen:

- Su cónyuge legal o pareja de hecho registrada¹ (del sexo opuesto o del mismo sexo)
- Sus hijos hasta los 26 años
- Sus hijos dependientes con discapacidad mental o física de cualquier edad (comuníquese con el equipo de Beneficios para obtener más detalles)

¹Si inscribe a su pareja de hecho registrada legalmente en sus planes de beneficios, el IRS considera que la parte de la prima que la USD paga por la cobertura de su pareja de hecho está sujeta a impuestos y se agregará a sus cheques de pago como ingreso gravable. La parte de su prima de empleado que le corresponde a su pareja de hecho también se deducirá de sus cheques de pago después de impuestos. Comuníquese con el equipo de Beneficios para obtener más detalles.

Inscripción y Cómo Hacer Cambios

Usted tiene tres oportunidades para inscribirse o realizar cambios en sus beneficios:

1. Dentro de los 31 días posteriores a su fecha de elegibilidad inicial
2. Durante el período anual de Inscripción Abierta (celebrado en el otoño)
3. Dentro de los 31 días posteriores a un evento de vida calificado

Los ejemplos de un evento de vida calificado pueden incluir:

- Matrimonio, divorcio o separación legal
- Nacimiento o adopción de un hijo
- Obtención o pérdida de otra cobertura médica
- Cambio en la situación laboral
- Cambio en la elegibilidad para Medicaid / Medicare
- Recepción de una Orden de Manutención Infantil Médica Calificada



Recordatorio

Cualquier actualización que haga a sus beneficios debe ser coherente con su evento de vida calificado. Por ejemplo, si tiene un bebé, puede inscribir a su nuevo dependiente, pero no puede cambiar su elección de plan médico.

Cómo Inscribirse

1. Evalúe sus necesidades

Al prepararse para inscribirse en los beneficios, comience por considerar las siguientes preguntas:

- **¿A quién debo cubrir?** Si tuvo algún cambio familiar o si desea agregar o excluir dependientes elegibles de ciertos beneficios, ahora es el momento de hacerlo.
Recuerde: ¡El período anual de Inscripción Abierta es su oportunidad anual de realizar cambios en sus beneficios sin experimentar un evento de vida calificado!
- **¿Cuánto gasté en atención médica el año pasado?** Comprender sus gastos anuales es de gran ayuda para garantizar que elija los planes adecuados para sus necesidades de atención médica.
- **¿Han cambiado mis necesidades?** Es importante que revise las diferentes opciones de beneficios en lugar de quedarse automáticamente con las mismas opciones cada año, incluso si termina manteniendo los mismos planes.

2. Revise sus opciones

Utilice esta guía para comprender sus opciones de beneficios y costos.

3. Inscribese en línea

Visite la página de inicio de Oracle en usdebsprod.sandiego.edu e ingrese su nombre de usuario y contraseña de Oracle para comenzar.

4. Confirme sus elecciones

Una vez que se haya inscrito, revise cuidadosamente su declaración de confirmación para asegurarse de que sus elecciones de beneficios y la información de sus dependientes sean correctas.

Cúando Comienza la Cobertura

Los beneficios que elija cuando sea elegible por primera vez entrarán en vigor en su fecha de elegibilidad. Las elecciones realizadas durante el período anual de Inscripción Abierta tendrán vigencia del 1 de enero al 31 de diciembre.



Su Costo de la Cobertura para 2021

Primas Médicas Mensuales

Opción de Plan Médico	Empleado Solo	Empleado + Cónyuge	Empleado + Hijo(s)	Empleado + Familia
Salario anual de menos de \$52,000				
Cigna CDHP con HSA	\$42.73	\$277.12	\$238.96	\$402.03
Cigna HMO	\$42.73	\$277.12	\$238.96	\$402.03
Kaiser HMO	\$42.73	\$277.12	\$238.96	\$402.03
SIMNSA HMO	\$0	\$0	\$0	\$0
Salario anual entre \$52,001 y \$92,500				
Cigna CDHP con HSA	\$91.62	\$408.43	\$355.58	\$569.27
Cigna HMO	\$91.62	\$408.43	\$355.58	\$569.27
Kaiser HMO	\$91.62	\$408.43	\$355.58	\$569.27
SIMNSA HMO	\$0	\$0	\$0	\$0
Salario anual entre \$92,501 y \$135,000				
Cigna CDHP con HSA	\$176.56	\$536.89	\$469.69	\$685.16
Cigna HMO	\$176.56	\$536.89	\$469.69	\$685.16
Kaiser HMO	\$176.56	\$536.89	\$469.69	\$685.16
SIMNSA HMO	\$0	\$0	\$0	\$0
Salario anual de \$135,001 o más				
Cigna CDHP con HSA	\$257.62	\$656.56	\$577.18	\$837.88
Cigna HMO	\$257.62	\$656.56	\$577.18	\$837.88
Kaiser HMO	\$257.62	\$656.56	\$577.18	\$837.88
SIMNSA HMO	\$0	\$0	\$0	\$0



Explicación de Sus Opciones de Planes Médicos

La USD ofrece varias opciones de planes médicos que están diseñados para ofrecer atención de calidad para usted y su familia:

- Cigna HMO (sólo CA)
- Kaiser Permanente HMO (sólo CA)
- SIMNSA HMO (servicios en México; debe ser ciudadano mexicano para inscribirse)
- Cigna CDHP con Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA)

Antes de elegir su plan médico, es importante comprender las diferencias entre las Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud (HMO) y los Planes de Salud Orientados al Consumidor (CDHP).

¿Qué tiene de especial una HMO?	¿Qué tiene de especial el CDHP?
<ul style="list-style-type: none">▪ Sin deducible anual▪ La mayoría de los servicios se basan en copagos (usted paga una tarifa fija por los servicios)▪ Debe seleccionar un Médico de Atención Primaria (PCP) que coordine toda su atención▪ Sin cobertura fuera de la red▪ Derivaciones necesarias para atención especializada▪ No es elegible para la HSA	<ul style="list-style-type: none">▪ Deducible anual requerido para atención no preventiva; usted paga el costo total de los servicios hasta alcanzar el deducible▪ Los servicios se basan en el coaseguro; usted paga un porcentaje del costo después de alcanzar el deducible, hasta que alcance el gasto máximo de bolsillo▪ Médico de atención primaria recomendado pero no obligatorio▪ Incluye cobertura fuera de la red (aunque a menudo cuesta más que visitar proveedores dentro de la red)▪ Las derivaciones generalmente no son necesarias para la atención especializada.▪ Elegible para la HSA

¿Dependientes fuera del área?

Si tiene la intención de cubrir a un dependiente que vive fuera del área, debería considerar el plan CDHP con HSA de Cigna. Los planes médicos HMO de USD incluyen cobertura sólo para residentes del sur de California, por lo que los servicios que no sean de emergencia no estarán cubiertos fuera de la región.



Comparación de Planes Médicos – HMO

Características del Plan	Cigna HMO ¹	Kaiser Permanente HMO ¹	SIMNSA HMO ²
	Usted paga:	Usted paga:	Usted paga:
Deducible anual	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Gasto máximo de bolsillo anual	\$1,500/persona \$3,000/familia	\$1,500/persona \$3,000/familia	\$6,350/persona \$12,700/familia
Máximo de por vida	Ilimitado	Ilimitado	Ilimitado
Atención preventiva	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Consulta de atención primaria	Copago de \$20	Copago de \$20	Copago de \$7
Consulta de Telemedicina	Copago de \$20	Sin cargo	Copago de \$7
Consulta al especialista	Copago de \$30	Copago de \$30	Copago de \$7
Laboratorio y radiografías de diagnóstico	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Imágenes complejas (TC/TEP, IRM)	Copago de \$100 por tipo de exploración / día	Sin cargo	Sin cargo (se requiere autorización previa para ciertos servicios)
Atención urgente	Copago de \$25	Copago de \$20	Dentro de la red: copago de \$25 Fuera de México: copago de \$50
Sala de emergencias (no se cobra el copago si es ingresado)	Copago de \$150 por ingreso	Copago de \$150 por ingreso	Dentro de la red y México: Copago de \$25 por ingreso Fuera de México: Copago de \$250 por ingreso
Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados	Copago de \$250 por ingreso	Copago de \$250 por ingreso	Sin cargo
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios	Copago de \$20	Individual: copago de \$20 Grupo: copago de \$10	Copago de \$7
Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados	Copago de \$250 por ingreso	Copago de \$250 por ingreso	Sin cargo
Quiropráctica	Copago de \$20 (Consultas ilimitadas)	Copago de \$15 (Hasta 30 consultas / año)	Sin cobertura
Exámenes de la vista para niños (No se cubren los exámenes para lentes de contacto)	Sin cobertura	Sin cargo	Copago de \$7

¹Sólo disponible para empleados en California.

²Servicios sólo en México. Debe ser ciudadano mexicano para inscribirse en este plan, lo que significa 1. Una persona nacida en México; 2. Una persona nacida en otro país de madre, padre o ambos mexicanos; 3. Una persona que se casa con alguien de México y vive en México; o 4. Un extranjero que se naturalice en México. Comuníquese con el equipo de Beneficios para obtener más detalles.

Comparación de Planes Médicos – CDHP con HSA

Características del Plan	Cigna CDHP con HSA	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Contribución a la HSA de USD	\$500/persona; \$1,000/familia	
Deducible por año calendario	\$1,400/persona \$2,800/familia ¹	\$2,800/persona \$5,600/familia ¹
Gasto máximo de bolsillo	\$2,700/persona \$2,800/persona en una familia \$5,000/familia ¹	\$5,400/persona \$5,600/persona en una familia \$10,000/familia ¹
Máximo de por vida	Ilimitado	Ilimitado
Exámenes preventivos de rutina	Sin cargo	Sin cobertura
Consulta médica	20% después del deducible	40% después del deducible
Consulta de Telemedicina	20% después del deducible	Sin cobertura
Consulta al especialista	20% después del deducible	40% después del deducible
Laboratorio y radiografías de diagnóstico	20% después del deducible	40% después del deducible
Imágenes complejas (TC/TEP, IRM)	20% después del deducible	40% después del deducible
Terapia física, ocupacional y del habla y atención quiropráctica (Hasta 60 visitas combinadas)²	20% después del deducible	40% después del deducible
Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados	20% después del deducible	40% después del deducible
Sala de emergencias	20% después del deducible	20% después del deducible
Atención urgente	20% después del deducible	20% después del deducible
Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados	20% después del deducible	40% después del deducible
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios	20% después del deducible	40% después del deducible

¹Todos los miembros de la familia contribuyen al deducible familiar del plan. El plan no puede pagar las reclamaciones de una persona hasta que se haya alcanzado el deducible familiar total, incluso si él o ella ha alcanzado el deducible individual.

²No se pueden realizar más de 20 consultas para atención quiropráctica.

¿Necesito precertificación?

Algunos servicios, incluidos el hospital para pacientes hospitalizados, la salud mental para pacientes hospitalizados y las imágenes complejas, tendrán un costo adicional sin precertificación. Consulte los documentos de su plan para obtener más detalles.



Explicación de la HSA

Los miembros del plan Cigna CDHP pueden ser elegibles para participar en una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA) administrada por HSA Bank. Las HSA son cuentas con ventajas fiscales que usted puede utilizar para pagar los gastos de atención médica elegibles para usted y cualquier dependiente elegible — incluidos deducibles, recetas, atención dental, gafas y otros gastos de bolsillo. Para ver una lista completa de los gastos de atención médica calificados, visite www.irs.gov/pub/irs-pdf/p502.pdf.

Cuatro razones para aprovechar el CDHP con HSA:

1. La HSA es suya. Si abandona la USD, usted se lleva su cuenta.
2. Los fondos de la HSA nunca caducan y usted puede llevarse los fondos acumulados al jubilarse. Por lo general, paga el impuesto sobre la renta ordinario sobre cualquier compra que no sea de atención médica. Por lo general, debe pagar el impuesto sobre la renta normal sobre cualquier compra que no sea de atención médica.
3. Las HSA tienen una triple ventaja fiscal, lo que significa que usted saca el máximo provecho de su salario.
4. La USD aporta dinero a su HSA anualmente.

¿Cómo se hacen las contribuciones a una HSA?

Una vez que abre su HSA, las contribuciones provienen de dos fuentes — usted y la USD. La siguiente tabla muestra el máximo que se puede aportar a su HSA en 2021.

Tipo de cobertura	Límite de contribución del IRS para 2021	Contribución de USD a la HSA en 2021	Contribución máxima del empleado
Cobertura individual	\$3,600	\$500	\$3,100
Cobertura familiar	\$7,200	\$1,000	\$6,200
Contribución de puesta al día a partir de los 55 años	Aporte adicional de \$1,000		

Reglas y consideraciones adicionales de la HSA

- No puede estar cubierto por otro plan de salud con deducible alto, incluida la FSA de Atención Médica de su cónyuge.
- No puede estar inscrito en Medicare o Tricare.
- No se le puede reclamar como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona.
- Si elige el plan CDHP/HSA por primera vez y tiene un saldo en su FSA de Atención Médica al 31 de diciembre de 2020, debe transferirlo a una Cuenta de Gastos Flexibles (FSA) de Propósito Limitado antes del 1 de enero de 2021.

¿Tiene preguntas? Consulte la [Publicación 969 del IRS](#) para conocer las reglas completas de las HSA.

¿Son las HSA realmente libres de impuestos?

¡Sí! Las HSA le ofrecen una triple ventaja fiscal:

1. Sus contribuciones a la HSA no están sujetas a impuestos.
2. Los pagos de gastos elegibles están libres de impuestos.
3. Las ganancias están libres de impuestos.¹

¹Los impuestos estatales aún pueden aplicarse en CA, NJ y AL. Para conocer las implicaciones fiscales detalladas de una HSA, comuníquese con su asesor fiscal profesional.



Cobertura de Medicamentos Recetados

Cuando se inscribe en una de las opciones de planes médicos de USD, recibirá cobertura de medicamentos recetados en virtud de ese plan.

Tipo de Receta	Cigna HMO (sólo empleados de CA)	Kaiser Permanente HMO (sólo empleados de CA)	SIMNSA HMO	Cigna CDHP con HSA ¹
Medicamentos recetados: farmacia minorista (dentro de la red) Suministro de hasta 30 días				
Genéricos	Copago de \$15	Copago de \$15	Copago de \$10 (incluye insulina, glucagón y medicamentos recetados para tratar la diabetes)	30% después del deducible; hasta un máximo de \$250
De marca en el formulario	Copago de \$35	Copago de \$35		40% después del deducible; hasta un máximo de \$250
No en el formulario²	Copago de \$60	N/A		50% después del deducible; hasta un máximo de \$250
Especializados	20% hasta un máximo de \$80	30% hasta un máximo de \$150		50% después del deducible; hasta un máximo de \$250
Medicamentos recetados: pedido por correo (dentro de la red) Suministro de hasta 90 días (suministro de hasta 100 días mediante pedido por correo con Kaiser)				
Genéricos	Copago de \$30	Copago de \$30	N/A	30% después del deducible; hasta un máximo de \$750
De marca en el formulario	Copago de \$70	Copago de \$70		40% después del deducible; hasta un máximo de \$750
No en el formulario	Copago de \$120	N/A		50% después del deducible; hasta un máximo de \$750

¹Algunos medicamentos recetados que se usan para prevenir cualquiera de las siguientes afecciones médicas no están sujetos al deducible individual y/o familiar del plan: hipertensión, colesterol alto, diabetes, asma, osteoporosis, accidente cerebrovascular, deficiencia de nutrientes prenatal.

²Si el proveedor determina que el medicamento recetado que no figura en el formulario es medicamento necesario y Kaiser lo aprueba, se le cobrará al miembro el copago correspondiente al medicamento de marca en el formulario.





Ahorre dinero con medicamentos genéricos y medicamentos recetados por correo

Cuando sea posible, ahorre dinero eligiendo medicamentos genéricos. Muchos medicamentos recetados tienen equivalentes genéricos con los mismos ingredientes activos. Estas versiones genéricas cuestan menos de su bolsillo.

Si necesita más de un rellenar medición, considere una opción de pedido por correo. Los medicamentos recetados por correo le ofrecen un suministro para 3 meses por el costo de 2 meses, lo que le permite ahorrar dinero.

Kaiser puede enviar los rellenar mediciones directamente a su puerta

¡Los miembros de Kaiser pueden visitar www.kp.org/pharmacy o llamar al número que figura en la etiqueta de su receta para que le envíen las recetas sin cargo adicional!

¡Nuevo! Programa Cigna 90 Now

¡Además del pedido por correo, los miembros de Cigna ahora pueden obtener un suministro de medicamentos de mantenimiento para 90 días en las farmacias participantes!

- Vaya a Cigna.com/Rx90network para encontrar una farmacia en la red 90 Now.
- Pídale a su médico que le dé una receta para 90 días.
- Pague sus 3 copagos por los 3 meses de medicación.
- ¡Ahorre tiempo y molestias con menos visitas a la farmacia para rellenar mediciones!



Telemedicina

Todas las opciones de planes médicos incluyen acceso a la telemedicina. Use su teléfono, tableta o computadora para buscar atención de médicos con licencia y trate una serie de afecciones que no sean urgentes desde la comodidad de su hogar.

Use la telemedicina para:

- Tratar afecciones médicas comunes como resfriados, gripe, bronquitis, alergias, erupciones cutáneas y más
- Obtener una derivación a un especialista
- Recibir medicamentos recetados cuando sea apropiado

Sus opciones de telemedicina se basan en el plan médico que elija.

Miembros de Kaiser HMO

Regístrese en www.kp.org o descargue la aplicación KP Mobile. Llame al 833-574-2273 o al 711 (TTY) de lunes a viernes, de 7 a.m. a 7 p. m., o los sábados de 7 a.m. a 12 p.m., para programar una cita.

Miembros de Cigna HMO y CDHP

Los miembros de Cigna tienen acceso tanto a Amwell como a MDLIVE para recibir atención virtual.

- Para utilizar MDLIVE, que ofrece atención médica y de salud conductual / mental, llame al 888-726-3171.
- Para utilizar Amwell, que ofrece atención médica virtual únicamente, visite www.mycigna.com.

Miembros de SIMNSA

Llame al 664-231-4747 (o al 800-424-4652 desde los Estados Unidos) 24/7.

Programa de Prevención de la Diabetes Omada

Omada es un programa de cambio de estilo de vida digital para los participantes de Cigna y Kaiser, diseñado para ayudar a las personas en riesgo a combatir las enfermedades crónicas relacionadas con la obesidad.

Los participantes en Omada aprenden cómo realizar cambios de salud modestos que pueden llevar a la pérdida de peso y a reducir el riesgo de diabetes tipo 2 y de enfermedades cardíacas. La USD cubrirá el costo del programa para los empleados elegibles y sus dependientes adultos elegibles que estén inscritos en los planes médicos de Cigna o Kaiser.

El programa Omada incluye:

- Un asesor de salud profesional de Omada para orientación personalizada.
- Una báscula inalámbrica para monitorear el progreso. Los participantes recibirán este dispositivo listo para usar por correo, ya sincronizado con su cuenta privada.
- Lecciones semanales en línea para educar e inspirar. Los participantes son guiados a través de lecciones en línea que discuten los componentes físicos, sociales y psicológicos de una vida saludable. Los juegos interactivos refuerzan el aprendizaje y ayudan a los participantes a establecer conexiones con escenarios del mundo real.
- Un pequeño grupo de pares para apoyo en tiempo real. Los participantes son emparejados con participantes de ideas afines para un mayor estímulo y responsabilidad.

Cómo empezar con Omada

- Los miembros de Kaiser pueden comunicarse con el Positive Choice Center al 858-573-0090.
- Los miembros de Cigna pueden realizar el examen de salud de un minuto de Omada en go.omadahealth.com/sandiego para determinar si son elegibles.



Programas de Salud Mental y Conductual

Según el proveedor de su plan médico, es posible que tenga acceso a recursos adicionales de salud mental y conductual para respaldar su bienestar.

Cigna HMO y CDHP

MDLIVE ofrece atención virtual médica y de salud mental y conductual. Llame al 888-726-3171 para comenzar.

Meru Health (sólo en CA, CO y AZ) es un programa de asesoramiento virtual de 12 semanas para quienes experimentan depresión, ansiedad o agotamiento. Los participantes reciben asesoramiento virtual en vivo y mensajes de texto privados con terapeutas con licencia, así como una comunidad de apoyo entre pares en línea y otros recursos educativos para mayores de 18 años. Para programar su sesión de asesoramiento gratuita, vaya a www.meruhealth.com/cigna.

Talkspace le permite conectarse con un terapeuta o psiquiatra con licencia en línea, por vídeo o texto. Talkspace está disponible para miembros mayores de 13 años. Para programar una evaluación, vaya a www.talkspace.com/cigna.

NOCD (sólo CA, MI y NC) ofrece tratamiento personalizado para el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) a través de terapia virtual en vivo y herramientas digitales basadas en aplicaciones, que incluyen mensajes de texto con un terapeuta. Disponible para clientes de Cigna Behavioral Health de 6 años y mayores. Para una evaluación gratuita, visite www.treatmyocd.com.

Kaiser Permanente HMO

Calm es una aplicación gratuita que utiliza la meditación y la conciencia plena para ayudar a reducir el estrés, reducir la ansiedad y mejorar la calidad del sueño. Los miembros adultos pueden obtener Calm en www.kp.org/selfcareapps.

Kaiser Mental and Behavioral Health está a sólo una llamada telefónica o un clic de distancia.

- Para obtener asesoramiento sobre salud mental las 24 horas del día, los 7 días de la semana, llame al 800-900-3277.
- Para citas, llame al 877-496-0450.
- Para medicamentos contra la adicción, llame al 619-221-6550.

Visite kp.org/getcare y haga clic en atención de salud mental para obtener más información sobre las ubicaciones y sus opciones de tratamiento.

Encuentre herramientas y recursos de autocuidado. Visite www.kp.org/selfcare para buscar grupos, programas, autoevaluaciones y otros recursos de autocuidado.

MyStrength es un programa personalizado con actividades interactivas, herramientas para hacer frente a problemas en el momento, recursos inspiradores y apoyo comunitario. Usted puede realizar un seguimiento de sus metas, estados emocionales y eventos de la vida en www.kp.org/selfcareapps.



Programas de Valor Agregado de Cigna

Para aquellos que se inscriben en el plan Cigna HMO o CDHP, Cigna ofrece una serie de recursos útiles sin costo alguno para usted.

Cigna One Guide

Cigna One Guide le ayuda a tomar mejores decisiones relacionadas con la salud. Este servicio en vivo le ofrece apoyo personal, herramientas y recordatorios para ayudarle a mantenerse saludable y ahorrar dinero. Durante la Inscripción Abierta, llame al 800-244-6224 para obtener ayuda con preguntas sobre sus opciones de cobertura. Después de inscribirse, One Guide seguirá ayudándole a comprender su plan y a obtener la atención que necesita.

Cigna Healthy Pregnancies, Healthy Babies

El programa Healthy Pregnancies, Healthy Babies apoya a las mujeres embarazadas en su recorrido único hacia el parto y más allá. Encontrará orientación y apoyo desde el período previo a la concepción hasta el posparto, un libro de trabajo con temas como la atención prenatal y el ejercicio, asistencia en vivo las 24 horas del día, los 7 días de la semana de un administrador de casos, y más. También puede descargar la aplicación Cigna Healthy Pregnancy para acceder rápidamente a estos recursos.

Extractor de Leche Gratuito de Healthy Babies

Su plan médico de Cigna incluye un extractor de leche gratuito para las mujeres embarazadas que llegan a la semana 28 de embarazo. Para recibir su extractor de leche, visite www.medeladelivers.com para comenzar. No se necesita receta médica a menos que solicite una bomba de grado hospitalario. También tiene la opción de comprar mejoras y accesorios a precios con descuento.

Línea de Asistencia para Veteranos de Cigna

Esta línea directa gratuita está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana para los veteranos, sus familias y los cuidadores para brindarles apoyo sobre el manejo del dolor, asesoramiento sobre el uso de sustancias, apoyo financiero, alimentos, ropa, vivienda y más. Llame al 855-244-6211 para obtener ayuda. No es necesario que esté inscrito en un plan médico de Cigna para utilizar la Línea de asistencia para veteranos.

Programas de Gestión del Estilo de Vida de Cigna

Si el peso, el tabaco o el estrés están afectando su bienestar, Cigna le ofrece un asesor de salud para ayudarle a controlar la pérdida de peso, desarrollar un plan para dejar de fumar, comprender el estrés y desarrollar técnicas para lidiar con problemas. Para obtener más información sobre estos programas, llame al 855-246-1873 o visite www.mycigna.com, acceda a "Wellness" (Bienestar) y luego haga clic en "Health Coaching" (Asesoramiento de salud).



Programa de Asistencia al Empleado (EAP)

Cuando usted o su familia necesitan ayuda con problemas laborales, domésticos o personales, el EAP, a través de Aetna Resources for Living, ofrece apoyo durante los momentos difíciles de la vida sin costo alguno para usted.

El EAP le proporciona a usted y a cualquier persona que viva en su hogar acceso a:

- 3 sesiones de asesoramiento presencial por incidente, al año.
Las sesiones están disponibles en persona o en línea con televideo.
- Asesoramiento telefónico ilimitado
- Derivaciones para el cuidado de dependientes
- Recursos financieros y legales
- Y más

Comuníquese con el EAP en cualquier momento, de día o de noche, para obtener asistencia confidencial llamando al 800-342-8111 o visite www.resourcesforliving.com (nombre de usuario: usd; contraseña: eap).



Health Advocate

Para obtener más información sobre Health Advocate **haga clic aquí**.

Cómo Encontrar un Proveedor

Médico o Dentista de Cigna

- Vaya a www.mycignaplans.com.
- ¿Aún no tiene una cuenta? Sólo durante la Inscripción Abierta, ingrese el nombre de usuario: USD2021 y la contraseña: Cigna2021 para buscar proveedores dentro de la red. Fuera de la Inscripción Abierta, regístrese para obtener una cuenta para buscar proveedores dentro de la red.
- Seleccione "Find a doctor, hospital, dentist, pharmacy, or specialty facility" (Buscar un médico, hospital, dentista, farmacia o centro especializado).
- Haga clic en "Select a plan for your search" (Seleccione un plan para su búsqueda).
- CDHP Médico: Seleccione "Open Access Plus, OA Plus, and Choice Fund OA Plus" (Open Access Plus, OA Plus y Choice Fund OA Plus).
- HMO Médico: Seleccione "HMO/ Network - Cigna HealthCare of California, Inc. - So. CA HMO/Network"
- PPO Dental: Seleccione un proveedor de la red Total "Cigna Dental PPO" y "Total Cigna DPPO."
- HMO Dental: Seleccione "Cigna Dental Care (HMO)" y "Dental Care Network".
- Siga las indicaciones para identificar al proveedor de servicios.

Kaiser Doctor

- Vaya a www.kp.org.
- Seleccione "Doctors & Locations" (Médicos y ubicaciones).
- Seleccione el área de servicio "California - Southern" (California - Sur).
- Siga las indicaciones para identificar al proveedor de servicios.

Médico o Dentista de SIMNSA

- Vaya a www.simnsa.com.
- Haga clic en "Read More" (Leer más) en "Providers & Facilities" (Proveedores e instalaciones).
- En "Provider Search" (Búsqueda de proveedores), seleccione "All" (Todos) para la red.
- Siga las indicaciones para identificar al proveedor de servicios.



SBC, herramientas y recursos de Kaiser

Visite my.kp.org/usd, haga clic en "Ver sus opciones de plan", seleccione su región y haga clic en "Empleados activos" para acceder a los SBC y otros recursos.

Plan de Jubilación 403(b)

Planificar la jubilación es una parte importante del bienestar financiero. El plan USD 403(b), administrado por TIAA o Fidelity, ofrece una variedad de opciones de inversión para que pueda comenzar a ahorrar ahora.

Contribuciones al Plan 403(b)

Para ayudar a que sus ahorros crezcan, la USD puede hacer una contribución discrecional a su proveedor elegido (TIAA o Fidelity) cada año. Las contribuciones comienzan en la fecha de entrada en vigencia de su elegibilidad. Para obtener información adicional sobre el monto de la contribución actual, comuníquese con el equipo de Beneficios.

También puede optar por hacer contribuciones con impuestos diferidos y/o contribuciones Roth después de impuestos a su cuenta 403(b), hasta los máximos anuales del IRS.

Después de tres años de servicio, tendrá derechos adquiridos por completo en las contribuciones de USD. Las contribuciones que realiza se adquieren inmediatamente.

Si no elige activamente un proveedor de inversiones, el proveedor por omisión es TIAA. Los empleados pueden elegir un proveedor en línea a través del sitio USD Retirement@Work disponible en la pestaña de Recursos para Empleados del portal MySanDiego. Para las plataformas de inversión de TIAA y Fidelity, el fondo con fecha objetivo de T. Rowe Price es la alternativa calificada de inversión por omisión (QDIA, por sus siglas en inglés) para los participantes que no eligen activamente opciones de inversión para sus fondos de jubilación. Sin embargo, los empleados pueden elegir su propia alineación de inversiones dentro del plan en cualquier momento.

¿Busca alguna orientación? Los representantes de TIAA y Fidelity están disponibles para citas de asesoramiento individual por teleconferencia o por teléfono. Para comunicarse con TIAA, visite tiaa.org/schedulenow o llame al 800-732-8353. Para comunicarse con Fidelity, visite getguidance.fidelity.com o llame al 800-642-7131.

Programa de Jubilación Progresiva

La USD ofrece a los miembros elegibles de la facultad, de la administración y del personal la oportunidad de participar en nuestro programa voluntario de jubilación progresiva. Este programa permite a los participantes continuar trabajando en un horario de trabajo y reducción salarial acordado mutuamente mientras se jubilan gradualmente durante un período de varios años. Durante este tiempo, aún es elegible para los beneficios de jubilación y otros beneficios para empleados aplicables. La política puede ser revisada y modificada, sin afectar los contratos ya existentes, en cualquier momento, a solicitud del Presidente.



Comience, actualice y realice un seguimiento de su 403(b)

Inicie sesión en USD **Retirement@Work** desde la pestaña Recursos para Empleados del portal MySanDiego.



Ventajas para Empleados de USD

Avisos Importantes

Lea detenidamente el siguiente aviso. Contiene información sobre la cobertura de medicamentos recetados con la USD y la cobertura de medicamentos recetados disponible para personas con Medicare. También le indica dónde encontrar más información para ayudarle a tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados.

Aviso de Cobertura Acreditable

Es posible que haya escuchado sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (llamada Parte D) y se haya preguntado cómo le afectaría. La cobertura de medicamentos recetados está disponible para todos los que tienen Medicare a través de los planes de medicamentos recetados de Medicare. Todos los planes de medicamentos recetados de Medicare proporcionan al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también ofrecen más cobertura a una prima mensual más alta.

Las personas pueden inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare cuando son elegibles por primera vez y cada año del 15 de octubre al 7 de diciembre. Las personas que abandonan la cobertura del empleador o sindicato pueden ser elegibles para un Período de Inscripción Especial de Medicare.

Si está cubierto por los planes de medicamentos recetados de USD, le interesará saber que la cobertura de medicamentos recetados es, en promedio, al menos tan buena como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare para 2021. Esto se llama cobertura acreditable. La cobertura bajo este plan le ayudará a evitar una multa por inscripción tardía en la Parte D si es o se vuelve elegible para Medicare y luego decide inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare.

El propósito de este aviso es informarle que se espera que la cobertura de medicamentos recetados que se enumera a continuación bajo el plan médico de USD pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare pagará en 2021. Esto se conoce como “cobertura acreditable”.

Por qué esto es importante. Si usted o sus dependientes cubiertos están inscritos en cualquier cobertura de medicamentos recetados durante 2021 que se enumera en este aviso y están o quedan cubiertos por Medicare, puede decidir inscribirse en un plan de medicamentos

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare y es un empleado activo o un familiar de un empleado activo, también puede continuar con la cobertura de su empleador. En este caso, el plan de USD continuará pagando como plan primario o secundario como lo hacía antes de que se inscribiera en un plan de medicamentos recetados de Medicare. Si renuncia o cancela la cobertura de USD, Medicare será su único pagador. Puede volver a inscribirse en el plan del empleador en la inscripción anual o si tiene un evento de inscripción especial para el plan de USD, suponiendo que siga siendo elegible.

Usted debería saber que si renuncia o abandona la cobertura con la USD y lleva 63 días o más sin cobertura de medicamentos recetados acreditable (una vez que finalice su período de inscripción correspondiente de Medicare), su prima mensual de la Parte D aumentará en por lo menos 1% mensual por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 19 meses sin cobertura, su prima del plan de medicamentos recetados de Medicare siempre será al menos un 19% superior a lo que paga la mayoría de las personas. Usted tendrá que pagar esta prima más alta mientras tenga cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que tenga que esperar hasta el próximo mes de octubre para inscribirse en la Parte D.

Puede recibir este aviso en otras ocasiones en el futuro – como antes del próximo período en el que usted puede inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, si esta cobertura de USD cambia o si usted lo solicita.

recetados de Medicare más adelante y no estar sujeto a una multa de inscripción tardía – siempre que haya tenido una cobertura acreditable dentro de los 63 días posteriores a su inscripción en el plan de medicamentos recetados de Medicare. Debe guardar este aviso con sus registros importantes.

Si usted o los miembros de su familia no están cubiertos actualmente por Medicare y no serán cubiertos por Medicare en los próximos 12 meses, este aviso no se aplica a usted.

Ventajas para Empleados de USD

Para más información acerca de sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare

El manual Medicare & You (Medicare y Usted) contiene información adicional detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen la cobertura de medicamentos recetados. Los participantes de Medicare recibirán una copia del manual por correo cada año de Medicare. También puede que usted sea contactado directamente por los planes de medicamentos de Medicare. A continuación, le indicamos cómo obtener más información sobre los planes de medicamentos recetados de Medicare:

1. Visite www.medicare.gov para obtener ayuda personalizada.
2. Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (vea una copia del manual de Medicare y Usted para el número de teléfono).
3. Llame al 800-MEDICARE (800-633-4227). Los usuarios de TTY deberían llamar al 877-486-2048.

Para las personas con ingresos y recursos limitados, hay ayuda adicional disponible para pagar un plan de medicamentos recetados de Medicare. La información sobre esta ayuda adicional está disponible en la Administración de la Seguridad Social (SSA). Para obtener más información sobre esta ayuda adicional, visite la SSA en línea en www.socialsecurity.gov o llame al 800-772-1213 (TTY 800-325-0778).

Recuerde: Guarde este aviso. Si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare después de que finalice su período de inscripción de Medicare aplicable, es posible que deba proporcionar una copia de este aviso cuando se inscriba en un plan de la Parte D para demostrar que no está obligado a pagar una prima más alta de la Parte D.

Para obtener más información sobre este aviso o su cobertura de medicamentos recetados, comuníquese con: Cigna al 800-244-6224 o Kaiser Permanente al 800-464-4000.

Aviso de Derechos de Inscripción Especial para la Cobertura del Plan de Salud

Como sabe, si ha rechazado la inscripción en el plan de salud de USD para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a otra cobertura de seguro de salud, usted o sus dependientes pueden inscribirse en algunas coberturas de este plan sin esperar el próximo período de inscripción abierta, siempre que solicite la inscripción dentro de los 31 días posteriores a la finalización de su otra cobertura. Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, puede inscribirse

usted y sus dependientes elegibles, siempre que solicite la inscripción dentro de los 31 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción, o colocación para adopción.

La USD también permitirá una oportunidad de inscripción especial si usted o sus dependientes elegibles:

1. pierden la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP) porque ya no es elegible, o
2. son elegibles para un programa estatal de ayuda con el pago de las primas en virtud de Medicaid o CHIP.

Para estas oportunidades de inscripción, tendrá 60 días – en lugar de 31 – a partir de la fecha del cambio de elegibilidad de Medicaid / CHIP para solicitar la inscripción en el plan de salud grupal de USD.

Tenga en cuenta que esta nueva extensión de 60 días no se aplica a las oportunidades de inscripción que no sean debido al cambio de elegibilidad para Medicaid / CHIP.

Nota: Si su dependiente se vuelve elegible para un derecho de inscripción especial, puede agregar al dependiente a su cobertura actual o cambiar a otro plan de salud.

Aviso sobre la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer

Si usted ha tenido o va a tener una mastectomía, puede tener derecho a ciertos beneficios bajo la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998 (WHCRA). Para las personas que reciben beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura será proporcionada de una manera determinada en consulta con el médico tratante y el paciente, para:

1. Todas las etapas de reconstrucción del seno en el que se realizó la mastectomía;
2. Cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica;
3. Prótesis; y
4. Tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluyendo el linfedema.

Estos beneficios serán provistos sujetos a los mismos deducibles y coaseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados bajo este plan. Si desea obtener más información sobre los beneficios de WHCRA, llame al administrador de su plan en servicio para miembros: llame a Cigna al 800-244-6224 o Kaiser Permanente al 800-464-4000.

Ventajas para Empleados de USD

Aviso sobre la Ley Federal de Protección de la Salud de la Madre y del Recién Nacido

Bajo la ley federal, los planes de salud grupales y las compañías de seguro de salud en general no pueden limitar los beneficios para cualquier hospitalización relacionada con el parto para la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal normal, o a menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe que el proveedor a cargo del recién nacido o de la madre, después de consultarlo con la madre, dé de alta a la madre o al recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas según sea el caso). En cualquier caso, bajo la ley federal, los planes y las compañías de seguro de salud no pueden exigir que un proveedor obtenga la autorización del plan o de la compañía de seguro para prescribir una hospitalización que no exceda de 48 horas (o 96 horas). Si desea obtener más información sobre los beneficios de maternidad, llame al administrador de su plan en servicio para miembros: llame a Cigna al 800-244-6224 o Kaiser Permanente al 800-464-4000.

Aviso sobre los Derechos de Elección de Proveedor

Los planes HMO de Cigna y Kaiser generalmente requieren la designación de un proveedor de atención primaria. Usted tiene derecho a designar a cualquier proveedor de atención primaria que participe en nuestra red y que esté disponible para aceptarlo a usted o a los miembros de su familia. Hasta que haga esta designación, Cigna y Kaiser designarán un proveedor para usted.

En el caso de los niños, puede designar a un pediatra como proveedor de atención primaria. No necesita autorización previa del plan Cigna o Kaiser, ni de ninguna otra persona (incluido un proveedor de atención primaria) para obtener acceso a atención obstétrica o ginecológica de un profesional de atención médica de nuestra red que se especialice en obstetricia o ginecología. Sin embargo, es posible que se le solicite al profesional de la salud que cumpla con ciertos procedimientos, incluida la obtención de autorización previa para ciertos servicios, el seguimiento de un plan de tratamiento aprobado previamente o los procedimientos para realizar derivaciones.

Para obtener información sobre cómo seleccionar un proveedor de atención primaria y para obtener una lista de los proveedores de atención primaria y profesionales de la salud participantes que se especializan en obstetricia o ginecología, comuníquese con servicios para miembros: llame a Cigna al 800-244-6224 o Kaiser Permanente al 800-464-4000.

Recordatorio del Aviso de Privacidad de HIPAA

Las reglas de privacidad bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA) requieren que el Programa de Cuentas de Gastos Flexibles de Salud de USD (el "Plan") envíe periódicamente un recordatorio a los participantes sobre la disponibilidad del Aviso de Privacidad del Plan y cómo obtener ese aviso. El Aviso de Privacidad explica los derechos de los participantes y las obligaciones legales del Plan con respecto a la información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) y cómo el Plan puede usar y divulgar la PHI.

Para obtener una copia del Aviso de Privacidad comuníquese con:
Claire Weatherford, Directora de Beneficios, Recursos Humanos
Universidad de San Diego, 5998 Alcalá Park, Maher Hall 101,
San Diego, CA 92110
Teléfono: 619-260-2719

AVISO SOBRE CHIP / MEDICAID

Asistencia con las Primas bajo Medicaid y el Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para la cobertura de salud de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia con las primas que puede ayudarle a pagar la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, usted no será elegible para estos programas de asistencia con las primas pero puede comprar cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros de Salud. Para obtener más información, visite www.healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y usted vive en un estado enumerado a continuación, puede comunicarse con su oficina estatal de Medicaid o CHIP para determinar si la asistencia para el pago de las primas está disponible.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP y usted piensa que usted o alguno de sus dependientes pueden ser elegibles para cualquiera de estos programas, puede comunicarse con su oficina estatal de Medicaid o CHIP, o llame al 1-877-KIDS NOW o www.

insurekidsnow.gov para determinar la manera de presentar una solicitud. Si usted es elegible, puede preguntarle a su estado si tiene algún programa que pueda ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para asistencia con primas bajo Medicaid o CHIP, y también son elegibles bajo el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan de su empleador, si usted aún no está inscrito. Esto se llama oportunidad de “inscripción especial”, y usted debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días de haberse determinado que usted es elegible para la asistencia con las primas. Si tiene preguntas sobre la inscripción en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento del Trabajo a través de www.askebsa.dol.gov o llame al 1-866-444-EBSA (3272).

Si usted vive en uno de los siguientes estados, puede ser elegible para la asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de enero de 2020. Comuníquese con su estado para obtener información adicional sobre la elegibilidad:

<p>ALABAMA – Medicaid</p>	<p>COLORADO – Health First Colorado (Programa de Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)</p>
<p>Sitio web: http://myalhipp.com/ Teléfono: 1-855-692-5447</p>	<p>Sitio web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/ Centro de Contacto para Miembros de Health First Colorado: 1-800-221-3943/ Retransmisión del Estado 711 CHP+: https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus Servicio al Cliente de CHP+: 1-800-359-1991/ Retransmisión del Estado 711</p>
<p>ALASKA – Medicaid</p>	<p>FLORIDA – Medicaid</p>
<p>Programa de Pago de Primas del Seguro de Salud de Alaska Sitio web: http://myakhipp.com/ Teléfono: 1-866-251-4861 Correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad para Medicaid: http://dhss.alaska.gov/dpa/Pages/medicaid/default.aspx</p>	<p>Sitio web: http://flmedicaidtprecovery.com/hipp/ Teléfono: 1-877-357-3268</p>
<p>ARKANSAS – Medicaid</p>	<p>GEORGIA – Medicaid</p>
<p>Sitio web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)</p>	<p>Sitio web: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162 ext 2131</p>

Ventajas para Empleados de USD

<p>CALIFORNIA – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.dhcs.ca.gov/services/Pages/TPLRD_CAU_cont.aspx Teléfono: 1-800-541-5555 or (916) 636-1980 Correo electrónico: HIPP@dhcs.ca.gov</p>	<p>INDIANA – Medicaid</p> <p>Plan de Salud de Indiana para adultos de bajos ingresos de 19-64 años Sitio web: http://www.in.gov/fssa/hip/ Teléfono: 1-877-438-4479 Todos los demás planes de Medicaid Sitio web: http://www.indianamedicaid.com Teléfono: 1-800-403-0864</p>
<p>IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)</p> <p>Sitio web de Medicaid: https://dhs.iowa.gov/ime/members Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366 Sitio web de Hawki: http://dhs.iowa.gov/Hawki Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563</p>	<p>MONTANA – Medicaid</p> <p>Sitio web: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084</p>
<p>KANSAS – Medicaid</p> <p>Sitio web: http://www.kdheks.gov/hcf/default.htm Teléfono: 1-800-792-4884</p>	<p>NEBRASKA – Medicaid</p> <p>Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178</p>
<p>KENTUCKY – Medicaid</p> <p>Sitio web de Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP): https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Teléfono: 1-855-459-6328 Correo electrónico: KIHIPPROGRAM@ky.gov Sitio web de KCHIP: https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-877-524-4718 Sitio web de Medicaid Kentucky: https://chfs.ky.gov</p>	<p>NEVADA – Medicaid</p> <p>Sitio web de Medicaid: http://dhcfp.nv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900</p>
<p>LOUISIANA – Medicaid</p> <p>Sitio web: www.medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp Teléfono: 1-888-342-6207 (Línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)</p>	<p>NEW HAMPSHIRE – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/oii/hipp.htm Teléfono: 603-271-5218 Número gratuito para el programa HIPP: 1-800-852-3345, ext 5218</p>
<p>MAINE – Medicaid</p> <p>Sitio web: http://www.maine.gov/dhhs/ofi/public-assistance/index.html Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Retransmisión de Maine 711</p>	<p>NEW JERSEY – Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Teléfono de Medicaid: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710</p>
<p>MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web: http://www.mass.gov/eohhs/gov/departments/masshealth/ Teléfono: 1-800-862-4840</p>	<p>NEW YORK – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831</p>

Ventajas para Empleados de USD

<p>MINNESOTA – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/medical-assistance.jsp [Bajo la pestaña “ELIGIBILITY” (ELEGIBILIDAD), vea “what if I have other health insurance?” (¿Qué pasa si tengo otro seguro de salud?)] Teléfono: 1-800-657-3739</p>	<p>NORTH CAROLINA – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov/ Teléfono: 919-855-4100 Centro de Contacto de NC Medicaid Teléfono: 888-245-0179</p>
<p>MISSOURI – Medicaid</p> <p>Sitio web: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005</p>	<p>NORTH DAKOTA – Medicaid</p> <p>Sitio web: http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/ Teléfono: 1-844-854-4825</p>
<p>OKLAHOMA – Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742</p>	<p>UTAH – Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web de Medicaid: https://medicaid.utah.gov/ Sitio web de CHIP: http://health.utah.gov/chip Teléfono: 1-877-543-7669 Correo electrónico: chip@utah.gov</p>
<p>OREGON – Medicaid</p> <p>Sitio web: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx http://www.oregonhealthcare.gov/index-es.html Teléfono: 1-800-699-9075</p>	<p>VERMONT – Medicaid</p> <p>Sitio web: http://www.greenmountaincare.org/ Teléfono: 1-800-250-8427</p>
<p>PENNSYLVANIA – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.dhs.pa.gov/providers/Providers/Pages/Medical/HIPP-Program.aspx Teléfono: 1-800-692-7462</p>	<p>VIRGINIA – Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web: https://www.coverva.org/hipp/ Teléfono de Medicaid: 1-800-432-5924 Teléfono de CHIP: 1-855-242-8282</p>
<p>RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 1-855-697-4347 o 401-462-0311 (Línea Directa de Rite Share)</p>	<p>WASHINGTON – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.hca.wa.gov/ Teléfono: 1-800-562-3022</p>
<p>SOUTH CAROLINA – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820</p>	<p>WEST VIRGINIA – Medicaid</p> <p>Sitio web: http://mywvhpp.com/ Teléfono gratuito: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)</p>
<p>SOUTH DAKOTA - Medicaid</p> <p>Sitio web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059</p>	<p>WISCONSIN – Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/publications/p1/p10095.pdf Teléfono: 1-800-362-3002</p>
<p>TEXAS – Medicaid</p> <p>Sitio web: http://gethipptexas.com/ Teléfono: 1-800-440-0493</p>	<p>WYOMING – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://wyequalitycare.acs-inc.com/ Teléfono: 307-777-7531</p>

Ventajas para Empleados de USD



Para saber si otros estados han agregado un programa de asistencia con primas desde el 31 de julio de 2019, o para obtener más información sobre derechos de inscripción especial, comuníquese con alguno de los siguientes:

Departamento del Trabajo de EE. UU.

Administración de Seguridad de los Beneficios de los Empleados

www.dol.gov/agencies/ebsa

(866) 444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

Centros para Servicios de Medicare y Medicaid

www.cms.hhs.gov

(877) 267-2323, Opción de Menú 4, Ext. 61565

Sus Contactos para Beneficios

Cobertura	Contacto	Número de póliza	Teléfono	Sitio web	Aplicación móvil
Información general	Departamento de Recursos Humanos	N/A	619-260-4594	Pestaña de Empleados en el portal MySanDiego	N/A
Médica	Kaiser	104229	800-464-4000	www.kp.org	Kaiser Permanente™
	Cigna	3336240	800-244-6224	www.mycigna.com	myCigna™
	SIMNSA	710250	800-424-4652	www.simnsa.com	N/A
Telemedicina	Kaiser	104229	833-574-2273	www.kp.org	Kaiser Permanente™
	MDLIVE (Cigna)	3336240	888-726-3171	N/A	MDLIVE for Cigna
	SIMNSA	710250	664-231-4747 800-424-4652 (EE. UU.)	N/A	N/A
Cuenta de Ahorros para la Salud	Cigna HSA Bank	N/A	800-244-6224 800-357-6246	www.mycigna.com www.hsabank.com	N/A
Programa de Asistencia al Empleado	Aetna Resources for Living	USD	800-342-8111	www.resourcesforliving.com (Inicio de sesión: USD; Contraseña: eap)	Aetna Resources for Living
Plan 403(b)	TIAA	USD	800-842-2776	www.tiaa.org/usd	TIAA
	Fidelity	69679	800-343-0860	www.netbenefits.com/atwork	Fidelity Investments™
	USD Retirement@Work	N/A	844-567-9090	Pestaña de Recursos para Empleadoa del portal MySanDiego	N/A
Indemnización por Accidente Laboral	Informe todas las lesiones al Departamento de Seguridad Pública de USD	N/A	Extensión de Seguridad Pública: 7777	www.sandiego.edu/safety	N/A

Esta comunicación destaca algunos de sus planes de beneficios de USD. Sus derechos y beneficios reales se rigen por los documentos oficiales del plan. Si existe alguna discrepancia entre esta comunicación y los documentos oficiales del plan, prevalecerán los documentos del plan. La USD se reserva el derecho de cambiar cualquier plan de beneficios sin previo aviso. Los beneficios no son garantía de empleo.