



WHITMAN COLLEGE

BENEFICIOS PARA EMPLEADOS

Inscripción abierta y resumen de
modificaciones materiales

1 de enero de 2022 – 31 de diciembre de 2022

Si usted (y/o sus dependientes) tienen Medicare o serán elegibles para Medicare en los próximos 12 meses, una ley federal le brinda más opciones sobre su cobertura de medicamentos recetados. Lea el aviso de divulgación de cobertura acreditable individual para obtener más información. Si tiene preguntas sobre sus opciones, comuníquese con Recursos Humanos o con nuestro Consultor de Beneficios, Parker, Smith & Feek.

Tabla de contenidos

Bienvenidos a Whitman College.....	1	Seguros de vida y AD&D	25
Requisitos de elegibilidad.....	2	Cuidados a largo plazo	26
Inscripción abierta	3	Bienestar de los empleados.....	27
¿Qué tengo que hacer?.....	4	Programa de Asistencia al Empleado	27
¿A dónde voy si tengo preguntas?.....	4	Asistencia en Viaje.....	29
Defensa de beneficios – Aquí para ayudar.....	5	Información legal importante	30
¿Cuánto tengo que pagar?.....	5	Reforma de la atención médica.....	30
¿Qué está cambiando?.....	7	Recordatorios anuales.....	30
Información de contacto.....	8	Aviso importante de Whitman College sobre su cobertura de medicamentos recetados y Medicare	32
Cobertura Médica.....	9	Asistencia de primas bajo Medicaid y el Programa de Seguro de Salud para Menores (CHIP).....	35
Cobertura de farmacia.....	11		
Atención Virtual y Telefónica	13		
Cobertura dental.....	16		
Cobertura de la visión.....	18		
Acuerdos de Gastos Flexibles	20		
Discapacidad, Vida y Seguro de cuidado a largo plazo	23		
Ingresos por discapacidad.....	23		

La información en este Resumen de Beneficios se presenta con fines ilustrativos y se basa en la información proporcionada por el empleador. El texto contenido en este Resumen fue tomado de varias descripciones resumidas de planes e información de beneficios. Si bien se hizo todo lo posible para informar con precisión sus beneficios, las discrepancias o errores siempre son posibles. En caso de discrepancia entre el Resumen de Beneficios y los documentos reales del plan, prevalecerán los documentos reales del plan. Para obtener asesoramiento fiscal o legal específico, consulte con su propio asesor fiscal o legal para obtener ayuda. Toda la información es confidencial, de conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996. Si tiene alguna pregunta sobre este resumen, póngase en contacto con Recursos Humanos.

BIENVENIDOS A WHITMAN COLLEGE



Nuestro plan de salud se renueva el 1 de enero de 2022. Este es el momento en que revisamos nuestras ofertas de planes de beneficios, nuestros costos proyectados en función de los aumentos de tarifas de nuestro compañías de seguros y nuestros reclamos futuros esperados. También analizamos la competitividad de nuestro programa y lo que el Colegio puede pagar. Somos un plan autoasegurado, lo que significa que el costo de los reclamos no catastróficos (aquellos por debajo de \$125,000 durante un año calendario), son asumidos por el Colegio.

Nuestros gastos médicos y farmacéuticos de 2021 han estado en línea con lo que esperábamos. Debido a eso, nos complace informar que podremos mantener nuestras tarifas actuales de primas médicas y dentales para 2022.

En consulta con los Comités de Beneficios de la Facultad y el Personal, hemos tomado las siguientes decisiones relacionadas con nuestras ofertas de beneficios a partir del 1 de enero de 2022:

Premiera Blue Cross continuará administrando nuestros beneficios médicos y dentales

¡NUEVO! Cobertura de ortodoncia ahora proporcionada bajo nuestro plan dental. Consulte la página 16 para obtener más información

Vision Service Plan (VSP) continuará siendo nuestro proveedor de exámenes de la vista de rutina y beneficios de lentes (lentes y monturas)

Los beneficios de vida y discapacidad continuarán ofreciéndose a través de Lincoln Financial Group

Nuestro Plan de Asistencia al Empleado continuará con Cascade Centers

Continuará siendo capaz de reservar dólares antes de impuestos en una Cuenta de Gastos Flexibles (FSA) para gastos de atención médica o cuidado de dependientes administrados por Navia Benefit Solutions

Lo que pague por sus beneficios médicos, de visión y de prescripción continuará basándose en su salario, nuevamente, sin cambios con respecto a los actuales, como se ilustra en las páginas 5 y 6.

Whitman College continuará pagando las primas completas solo para empleados por la cobertura dental y usted continuará siendo responsable del costo total para cubrir a los miembros elegibles de la familia.

Esta guía de beneficios proporciona la información que usted y su familia necesitan para tomar decisiones sobre sus beneficios durante la inscripción abierta de este año, que será del 19 de noviembre al 3 de diciembre con todos los cambios a partir del 1 de enero de 2022. Aprenderá sobre los cambios en el plan, el proceso de inscripción abierta y los costos del plan. Tómese unos minutos para revisar esta información importante para que pueda tomar las mejores decisiones de cobertura para usted y su familia.

Requisitos de elegibilidad

Empleados a tiempo completo

Empleado a tiempo completo	Dependientes	Período de espera
Empleados que trabajan 1,560 horas al año (equivalencia a tiempo completo) (FTE) de .75 o mayor	Su cónyuge legal o pareja de hecho* Los hijos dependientes pueden estar cubiertos hasta los 26 años	1 del mes coincidente con o la próxima fecha siguiente de contratación o cambio de estado

Los empleados de tiempo completo son elegibles para los siguientes beneficios:

- Plan médico/recetado/de visión
- Plan de ahorro para la jubilación
- Plan de gastos flexibles para el cuidado de la salud y la atención a dependientes
- Programa de Asistencia al Empleado
- Dental Plan
- Seguro de vida grupal
- Seguro AD&D grupal
- Seguro de vida y AD&D opcional
- Seguro de vida para dependientes grupales opcional
- Seguro de discapacidad a largo plazo

Empleados a tiempo parcial

Empleado a tiempo parcial	Dependientes	Período de espera
Empleados que trabajan menos de 1,560 horas por año pero al menos 910 o más horas por año (.44 - .74 FTE)	Su cónyuge legal o pareja de hecho* Los hijos dependientes pueden estar cubiertos hasta los 26 años	1 del mes coincidente con o la próxima fecha siguiente de contratación o cambio de estado

Los empleados a tiempo parcial son elegibles para los siguientes beneficios:

- Plan médico/recetado/de visión
- Plan de ahorros para la jubilación (1,000 horas y 1 año de servicio para inscribirse)
- Cuentas de gastos flexibles para el cuidado de la salud y la atención a dependientes
- Programa de Asistencia al Empleado

** El pareja de hecho debe cumplir con todos los requisitos incluidos en el "Affidavit of Qualifying Domestic Partnership". A la pareja elegible se le extienden los mismos derechos y beneficios que a un cónyuge. La cobertura también incluye a los hijos elegibles de la pareja. Es posible que se apliquen algunas diferencias de estado fiscal.*

Cambios en la inscripción

Para los nuevos empleados, esta es su oportunidad de inscribirse en el Plan de Beneficios para Empleados de Whitman College. Debe inscribirse a sí mismo y a sus dependientes dentro de los 30 días posteriores a ser elegible para los beneficios. Puede inscribir a dependientes elegibles al mismo tiempo que se inscribe.

Una vez que esté inscrito en los beneficios, generalmente no se le permite hacer cambios hasta la próxima inscripción abierta anual. La inscripción abierta es su única oportunidad cada año para revisar su cobertura y hacer cambios en sus beneficios. También es su oportunidad de inscribirse si rechazó la cobertura cuando se convirtió en elegible por primera vez. Los cambios de inscripción abierta entran en vigencia el 1 de enero de cada año.

Aparte de durante la inscripción abierta, puede realizar cambios en sus beneficios durante el año solo si experimenta un cambio de estado calificado. Consulte la sección Inscripción especial más adelante en este documento (página 30).

Inscripción abierta

Esta es la época del año para agregar o eliminar la cobertura para cualquier miembro elegible de la familia. Si no inscribe a un cónyuge o hijo elegible ahora porque tiene cobertura a través de otro empleador, solo puede agregar a esa persona a nuestro plan durante el período de inscripción abierta del próximo año, a menos que experimente un cambio de estado familiar calificado. Consulte la sección Inscripción especial más adelante en este documento (página 30).

La inscripción abierta también le brinda la oportunidad de cambiar su cobertura de vida voluntaria con Lincoln. Puede elegir o aumentar la cobertura de seguro de vida voluntario para usted en \$10,000 o \$20,000 sin hacer preguntas (no se necesita una solicitud de evidencia de asegurabilidad) durante la inscripción abierta si no ha sido rechazado previamente para la cobertura. Puede elegir o aumentar la cobertura de vida voluntaria para su cónyuge o pareja de hecho, ya sea \$5,000 o \$ 10,000 sin hacer preguntas, siempre y cuando él o ella no haya sido rechazado previamente para la cobertura.

Si desea aumentar el monto de su beneficio de vida voluntaria en más de \$20,000 para usted y / o \$10,000 para su cónyuge, se le pedirá que complete una solicitud de Evidencia de asegurabilidad para demostrar su buena salud y ser aprobado por Lincoln Financial Group.

También puede cambiar su elección voluntaria de AD&D en la inscripción abierta. La cobertura de AD&D no está sujeta a evidencia de asegurabilidad.

Esta es también la única época del año en la que puede elegir participar en nuestras cuentas de gastos flexibles de atención médica y cuidado de dependientes para 2022.

¿Qué tengo que hacer?

- Si no está haciendo ningún cambio y no desea una cuenta de gastos flexibles de atención médica o cuidado de dependientes, no tiene que hacer nada.
- Esta es su oportunidad de agregar cobertura para su cónyuge o pareja e hijos que anteriormente eran elegibles pero no estaban inscritos.
- Si desea participar en la FSA de Salud o en la FSA de Cuidado de Dependientes, debe hacer una elección con Navia. Por favor, siga los pasos en el enlace que se le proporciona por correo electrónico. Visite www.naviabenefits.com y use el código del empleador: WMN.
- Si desea abandonar la cobertura para usted o cualquier miembro de su familia, ahora es el momento de hacerlo.
- Si desea hacer cambios en su elección de vida voluntaria, complete el formulario de inscripción de Lincoln y el formulario de evidencia de asegurabilidad para aumentos de más de \$20,000 para un empleado y \$10,000 para un cónyuge / pareja doméstica.
- **Si desea realizar cambios durante la inscripción abierta, envíe un correo electrónico a Krista Garcia en Recursos Humanos a garciakl@whitman.edu para recibir formularios a través de BambooHR. El uso de BambooHR nos permite recibir sus formularios de forma segura y proteger su información. Todos los formularios deben enviarse a Recursos Humanos antes del 3 de diciembre. Si necesita ayuda, comuníquese con Krista Garcia al garciakl@whitman.edu o al (509) 527-5172.**

TODOS LOS FORMULARIOS DEBEN COMPLETARSE Y DEVOLVERSE A RECURSOS HUMANOS ANTES DEL **3 DE DICIEMBRE**.

¿A dónde voy si tengo preguntas?

Consulte la página 8 los números de servicio al cliente y los sitios web de los compañías de seguros.

Si necesita ayuda para completar los formularios de inscripción abierta, comuníquese con Recursos Humanos al (509) 527-5172 o por correo electrónico a HR@whitman.edu.

Defensa de beneficios – Aquí para ayudar

Parker, Smith & Feek, Inc.

Whitman College también se ha asociado con Parker, Smith & Feek para brindarle a usted y a su familia asistencia individualizada con problemas de seguro que no puede resolver directamente con los compañías de seguros. Esto incluye problemas de reclamos, preguntas de elegibilidad, problemas de red y preguntas generales de atención médica o seguro.



Su gerente de cuenta	Correo electrónico	Teléfono
Laura Fielding	lafielding@psfinc.com	(425) 709-3685

¿Cuánto tengo que pagar?

Cobertura solo para empleados

La cantidad que paga a su cobertura solo para empleados depende de sus ganancias anuales y es la siguiente:

Categoría 1

- Los empleados a tiempo completo y a tiempo parcial que trabajan 130 o más horas por mes cuyos salarios anuales están en o por debajo de la Guía federal de Pobreza de Salud y Servicios Humanos (actualmente \$ 26,500 para una familia de cuatro), estarán exentos de hacer una contribución mensual a la prima para la cobertura solo del empleado. Whitman College pagará el 100% de la porción de empleado de la prima mensual.

Categoría 2

- Los empleados a tiempo completo y a tiempo parcial que trabajan 130 o más horas programadas regularmente por mes cuyo salario anual es superior a \$26,500 pagarán una contribución mensual a la prima equivalente al 0.65% de su salario. Si recibe un aumento en el pago durante el año, se volverá a calcular la prima mensual de su empleado, según el nuevo salario.

Ejemplo: si actualmente gana \$30,000 o \$60,000 por año, entonces usaría el siguiente cálculo para determinar el costo de su prima mensual solo para empleados.:

Salario del empleado \$60,000 x .0065 = \$390/12 Meses = \$32.50 por mes

Salario del empleado \$30,000 x .0065 = \$195/12 Meses = \$16.25 por mes

Categoría 3

- Las primas mensuales para los empleados a tiempo parcial que trabajan menos de 130 horas por mes pero al menos 910 horas por año continuarán prorrateándose, sobre la base del porcentaje equivalente a tiempo completo. Por ejemplo, un empleado a tiempo parcial que trabaja 20 horas por semana pagará el 50% de la prima mensual.

Cobertura Familiar

Según su salario, pagará entre el 45% y el 55% del costo de la prima para cubrir a los miembros de su familia elegibles para la cobertura médica, de la vista y de medicamentos recetados. Continuará pagando el 100% del costo de la prima para cubrir a los miembros de su familia elegibles para la cobertura dental. Consulte la siguiente tabla que describe las contribuciones en las que usted y Whitman incurrirán para cubrir a los miembros de su familia, para la cobertura médica / de la vista y dental.

Por mes, efectivo enero 1, 2022	Médico/Visión	Médico/Visión	Médico/Visión
	Su contribución	Whitman College Paga	Prima Total
Empleado			
	Categoría 1, 2 o 3	Varía	\$682
Cónyuge/Pareja de hecho*			
<\$35,000	\$260	\$318	\$578
\$35,000-\$55,000	\$275	\$303	\$578
\$55,001-\$70,000	\$289	\$289	\$578
\$70,001-\$90,000	\$303	\$275	\$578
>\$90,000	\$318	\$260	\$578
Niño o niños			
<\$35,000	\$236	\$287	\$523
\$35,000-\$55,000	\$248	\$275	\$523
\$55,001-\$70,000	\$262	\$261	\$523
\$70,001-\$90,000	\$275	\$248	\$523
>\$90,000	\$287	\$236	\$523
Cónyuge/Pareja de hecho* & hijos			
<\$35,000	\$495	\$605	\$1,100
\$35,000-\$55,000	\$522	\$578	\$1,100
\$55,001-\$70,000	\$550	\$550	\$1,100
\$70,001-\$90,000	\$578	\$522	\$1,100
>\$90,000	\$605	\$495	\$1,100

Por mes, efectivo enero 1, 2022	Dental	Dental	Dental
	Su Contribution	Whitman College Pays	Prima Total
Empleado	\$0	\$39	\$39
Cónyuge/Pareja de hecho*	\$39	\$0	\$39
Niño o niños	\$29	\$0	\$29
Cónyuge/Pareja de hecho* e hijos	\$68	\$0	\$68

** Incluye cobertura de beneficios para parejas de hecho y sus hijos. Debido a las regulaciones del IRS, las contribuciones para las parejas de hecho se realizan después de impuestos. Además, cualquier prima pagada por Whitman College en nombre de una pareja doméstica se considerará ingreso imponible para el empleado.*

Tenga en cuenta que cuando sus contribuciones se sacan de su cheque de pago antes de impuestos, según lo permitido por la Sección 125 del Código de Ingresos Internas. Las reglas del IRS establecen que una vez que realice su elección de inscripción para el año, no se le permitirá cambiar esa elección hasta el próximo período de inscripción abierta, a menos que tenga un cambio en el estado familiar, como matrimonio, divorcio, nacimiento de un hijo o cambio en el estado laboral. Esto significa que no puede abandonar la cobertura para un dependiente durante el año a menos que haya un cambio calificado en el estado familiar.

¿Qué está cambiando?

¡Nuevas tarjetas de identificación!

Todos recibirán nuevas tarjetas de identificación de Primera, incluso si no está haciendo ningún cambio en el plan en la renovación. Estas nuevas tarjetas de identificación contienen detalles adicionales sobre el plan de salud. Su número de identificación y número de grupo no cambian, por lo que puede continuar usando su tarjeta de identificación actual hasta que lleguen las nuevas.

Para obtener detalles sobre las actualizaciones de beneficios, consulte las secciones correspondientes de esta guía.

Médico: Ver página 9.

Dental: Ver página 16.

Cuenta de gastos flexible: Ver página 20.

Cuidado a largo plazo: Ver página 26.

Employee Assistance Plan: Ver página 27.

Información de contacto

Consulte esta lista cuando necesite ponerse en contacto con un proveedor de beneficios. Para obtener información general, póngase en contacto con Recursos Humanos.

Inscripción y elegibilidad	Human Resources	509-527-5172	HR@whitman.edu
Medicamentos médicos, de la visión y recetados	Premera Blue Cross Nurseline	800-722-1471 800-841-8343	www.premera.com
Pedido por correo Rx	Express Scripts	800-391-9701	
Cuidado virtual	98point6 DoctorOnDemand		www.98point6.com/premera www.doctorondemand.com/premera
Salud del comportamiento	TalkSpace		www.talkspace.com/premera
Dental	Premera Blue Cross	800-722-1471	www.premera.com
Vision	Vision Service Plan	800-877-7195	www.vsp.com
Acuerdo de gasto flexible (FSA)	Navia Benefits	800-669-3539	www.naviabenefits.com flexplan@naviabenefits.com
Programa de Asistencia al Empleado (EAP)	Cascade Centers/ Canopy	800-433-2320	www.cascadecenters.com
Asistencia en Viaje	On Call International	U.S.: 866-525-1955 Outside U.S.: 603-328-1955	www.mysearchlightportal.com Group ID: LFGTravel123
Seguro de vida e incapacidad a largo plazo	Lincoln Financial Group	800-423-2765	www.lfg.com
Defensa de beneficios	Laura Fielding Parker, Smith & Feek	(425) 709-3685 lafielding@psfinc.com	www.psfinc.com

COBERTURA MÉDICA



Primera Blue Cross

Lo que está cambiando

Ley Sin Sorpresas

La Ley de Asignaciones Consolidadas, 2021, agregó protecciones al consumidor contra ciertas facturas de saldo fuera de la red, a partir del 1 de enero de 2022. Los proveedores fuera de la red no pueden equilibrar la facturación por:

- Atención médica que no es de emergencia cuando recibe servicios quirúrgicos o auxiliares en un hospital dentro de la red u otro centro, por ejemplo, anestesia
- Servicios de sala de emergencias
- Servicios de ambulancia aérea

Colonoscopia

El Grupo de Trabajo del Servicio Preventivo de los Estados Unidos ha actualizado la detección recomendada para el cáncer colorrectal hasta los 45 años. El plan continúa pagando todas las colonoscopias al 100% con proveedores dentro de la red, sin importar si son de naturaleza preventiva o diagnóstica.

Resumen de beneficios

El plan lo alienta a usar proveedores dentro de la red al cobrarle copagos y montos de coseguro más bajos. Los proveedores dentro de la red acuerdan facturar a Primera directamente y aceptar una tarifa negociada como pago completo. Los proveedores fuera de la red no tienen y es posible que tenga que pagar montos por encima del cargo permitido de Primera (también llamado facturación de saldo). Para encontrar una lista de proveedores dentro de la red, vaya a www.primera.com y busque proveedores en **Heritage Plus Network**. El deducible y el máximo de desembolso se realizan en una base de año calendario y se restablecen cada 1 de enero.

NO OLVIDES TU EXAMEN ANUAL.

LA ATENCIÓN PREVENTIVA ESTÁ CUBIERTA AL 100%.

Dentro de la red: Heritage Plus	
Deducible anual	
<i>Individual</i>	\$500
<i>Máximo por familia</i>	\$1,000
Máximo de desembolso	
<i>Individual</i>	\$2,500
<i>Máximo por familia</i>	\$5,000
Atención preventiva	
<i>Examen de rutina</i>	Pagado al 100%, deducible exento
<i>Servicios de laboratorio</i>	Pagado al 100%, deducible exento
Servicios Médicos	
<i>Visitas al consultorio</i>	Pagado al 100% después del copago de \$25, deducible exento
<i>Hospitalización</i>	Pagado al 80% después del deducible
Servicios ambulatorios de rayos X y laboratorio	Pagado al 80%, deducible exento
Servicios de Emergencia	Pagado al 80% después del deducible
Servicios Hospitalarios	
<i>Pacientes hospitalizados y ambulatorios</i>	Pagado al 80% después del deducible
Rehabilitación ambulatoria	
<i>45 visitas por año calendario</i>	Pagado al 100% después del copago de \$25, deducible exento
Paciente ambulatorio de salud mental	Pagado al 100% después del copago de \$25, deducible exento
Manipulaciones espinales	
<i>12 visitas por año calendario</i>	Pagado al 100% después del copago de \$25, deducible exento
Acupuntura	
<i>12 visitas por año calendario</i>	Pagado al 100% después del copago de \$25, deducible exento
Examen de la vista	Pagado al 100%, deducible exento
Fuera de la red	
Deducible fuera de la red	
<i>Máximo por familia</i>	\$500 \$1,000
Máximo de desembolso de fuera de la red	
<i>Individual</i>	\$4,500
<i>Máximo por familia</i>	\$9,000
Coaseguro fuera de la red	Pagado al 60% después del deducible

COBERTURA DE FARMACIA



Primera Blue Cross

Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos que se han categorizado en tipos de medicamentos en función del costo, la eficacia y la disponibilidad de opciones dentro de los grupos terapéuticos. Nuestro beneficio de farmacia utiliza el Formulario Essentials que se basa en el uso de medicamentos preferidos que son efectivos y de menor costo, y requieren una receta para comprar. Si elige comprar medicamentos preferidos, su copago será menor. Si toma un medicamento regularmente, le recomendamos que lo compre a través de nuestro programa de pedidos por correo. Usted experimenta la conveniencia de la entrega a domicilio y a un costo menor para usted. ¡El pedido por correo le permite comprar hasta un suministro de medicamentos para 90 días por solo dos copagos minoristas!

Este plan requiere el uso de medicamentos genéricos apropiados. Cuando esté disponible, se dispensará un medicamento genérico en lugar de un medicamento de marca. Si no se fabrica un equivalente genérico, se aplicará el copago o coseguro de marca aplicable. Usted o el prescriptor pueden solicitar un medicamento de marca en lugar de un genérico, pero si hay un equivalente genérico disponible, se le pedirá que pague la diferencia de precio entre el medicamento de marca y el equivalente genérico, además de pagar el copago o coseguro del medicamento de marca aplicable. Si hay una razón médica por la que no puede tomar el genérico, puede apelar el requisito genérico a Primera para que se le exima de la multa.

	Venta al por menor (Suministro para 30 días)	Pedido por correo (suministro de 90 días)
Genéricos preferidos	Copago de \$20 por receta	Copago de \$20 por receta
Marca preferida	Copago de \$20 por receta	Copago de \$40 por receta
Medicamentos especializados preferidos <i>A través de Accredited Por Correo Orden Farmacia Especializada Solamente</i>	No disponible	Copago de \$40 por receta, limitado a suministro de 30 días
Genérico/Marca No Preferido	Copago de \$80 por receta	Copago de \$160 por receta
Especialidad no preferida	No disponible	Copago de \$80 por receta, limitado a suministro de 30 días
Aviso sobre la Parte D de Medicare	Nuestros planes médicos ofrecen lo que se llama "cobertura acreditable", lo que significa que una persona elegible para Medicare no tendrá que comprar un suplemento de la Parte D de Medicare para medicamentos recetados, y no estará sujeta al cargo de inscripción tardía del 1% por mes evaluado por Medicare por comprar la Parte D en una fecha posterior. Si tiene preguntas sobre sus opciones, comuníquese con Recursos Humanos.	

Las recetas minoristas de una farmacia fuera de la red están cubiertas al 60% después del copago aplicable. No hay cobertura para medicamentos especializados o pedidos por correo de una farmacia que no esté en la red.

¿Mi medicamento está cubierto? ¿Son preferidos?

Para averiguar qué medicamentos forman parte del Formulario Essentials:

1. Visita www.premera.com
2. Desplácese hasta la parte inferior y en Farmacia seleccione "Covered Drugs"
3. Seleccione el botón E1/E4 formulary para obtener una lista completa de las clasificaciones de medicamentos

Una vez que esté inscrito en Primera, puede buscar en el formulario desde su portal de miembros:

1. Inicie sesión en su portal de miembros en www.premera.com
2. Debajo "Prescriptions" en la parte superior de la página, seleccione "Manage Prescriptions"
3. Escoge "Search drug prices" para acceder a la herramienta interactiva de costos y cobertura de Express Scripts.

ATENCIÓN VIRTUAL Y TELEFÓNICA



98point6 o Doctor on Demand

La atención virtual proporciona acceso las 24 días de la semana a un médico o pediatra de medicina familiar certificado y con licencia a través de texto o video y se puede usar para muchos de sus problemas médicos. Reemplaza las costosas visitas y los largos tiempos de espera en la sala de emergencias o en la clínica de atención de urgencia para diagnosticar y tratar aquellos problemas médicos agudos y no emergentes que pueden surgir, como:

- Resfriado y gripe
- Dolor de garganta
- Erupciones
- Alergias
- Cefaleas
- Bronquitis
- Infección del tracto urinario
- Fiebre
- Asma
- ¡Y mucho más!

Los médicos también pueden escribir recetas a corto plazo y enviarán el guión electrónicamente a la farmacia de su elección. Después de la visita, a su solicitud, el médico enviará notas de la historia clínica electrónica a su médico de atención primaria. La atención virtual no es un sustituto de un médico de atención primaria.

¿Cómo funciona?

Descargue la aplicación y configure su cuenta. Asegúrese de tener su tarjeta de identificación primera lista. El tiempo de espera promedio es de 3 a 7 minutos. Puede tener su visita a través de un teléfono inteligente, tableta o computadora.

Servicios	98point6	Doctor on Demand
Acceso 24/7	www.98point6.com/premera	www.doctorondemand.com/premera
Prestación de atención	Mensajes de texto	Teléfono Video chat
Tipo de proveedor	Atención primaria Atención de urgencia Dermatología	Atención primaria Atención de urgencia Dermatología Salud mental
Demás	Prescribir medicamentos Ordenar pruebas médicas	Prescribir medicamentos Ordenar pruebas médicas

Talkspace Cuidado de la salud conductual



Puede recibir asesoramiento de salud conductual a través de Talkspace. Una vez que haya establecido una relación con su proveedor, tendrá acceso a mensajes de texto ilimitados. Vaya al sitio de Talkspace en <https://redemption.talkspace.com/redemption/premera> o una aplicación móvil y seleccione el proveedor que mejor se adapte a sus criterios de atención antes de hacer su cita.

Fisioterapia



Physera lo conecta con un fisioterapeuta experto a través de su teléfono o aparato inteligente. Recibirá una visita por video en vivo, una evaluación y un plan de tratamiento personalizado para que pueda volver a sentirse mejor rápidamente. Incluso pueden enviar equipos de ejercicio portátiles a su hogar. Visita www.physera.com/premera para empezar.

Apoyo a la condición crónica con Livongo



Premera ofrece un programa integral de apoyo a las condiciones crónicas sin costo a través de Livongo para ayudar a cualquier persona con el control de la diabetes, la prevención de la diabetes y el manejo de la hipertensión. Si califica, obtendrá:

- Apoyo personal de salud de entrenadores expertos
- Apoyo a la gestión y la estrategia
- Tecnología conectada que ofrece resultados en tiempo real y supervisión remoto
- Soporte de contenido de educación continua

La participación es completamente voluntaria y puede optar por no participar en cualquier momento. Livongo se comunicará con cualquier persona que cumpla con los criterios para participar en el programa o puede llamar 1-800-945-4355.

Centros de Excelencia (COE)

El COE ofrece precios favorables y servicios de calidad de proveedores designados para cirugías aprobadas. Este beneficio está disponible para reemplazos de rodilla y cadera y CAR-T & Terapia génica. Cuando aprovecha el programa de Centros de Excelencia, también obtiene costos de bolsillo más bajos, ya que su deducible y coseguro serán eximidos, lo que significa que su cirugía estará cubierta en su totalidad. Los proveedores son seleccionados por su atención de calidad y precios favorables.

Para acceder a este programa y obtener el precio preferido, llame al servicio al cliente de Premera al 1-800-722-1471 y te conectarán con el administrador del programa. La participación en este programa es voluntaria.

Transporte Médico

¿Vive a más de 50 millas de distancia del Centro de Excelencia Designado? Si es así, Premera hará planes de viaje prepagados para usted (hasta el máximo del IRS). Debe ponerse en contacto con el servicio de atención al cliente de Premera para obtener una autorización previa.

COBERTURA DENTAL



Primera Blue Cross

¿Qué está cambiando?

A partir del 1 de enero de 2022, la ortodoncia está cubierta para adultos y niños. El plan pagará un 50% hasta un máximo de \$2,000 de por vida.

Las radiografías de mordeduras están limitadas a un conjunto (hasta 4 imágenes) por año calendario.

Los selladores están cubiertos para menores de 19 años y se limitan solo a molares permanentes. Los reemplazos están limitados a una vez cada 24 meses consecutivos.

Las coronas prefabricadas de acero inoxidable, porcelana, cerámica, resina u otras coronas de acero inoxidable recubiertas estéticamente están limitadas a una vez por diente cada 24 meses consecutivos.

La reparación o recemento de incrustaciones, coronas, onlays, puentes y dentaduras postizas están cubiertas cuando los servicios se realizan 6 o más meses después de la colocación inicial. .

Los guardias nocturnos están limitados a una vez cada 36 meses. La reparación, la línea y los ajustes de la guardia nocturna se limitan a una vez cada 12 meses consecutivos cuando los servicios se realizan 6 o más meses después de la colocación inicial de la guardia nocturna.

La cirugía periodontal se cubre en el mismo cuadrante una vez cada 36 meses.

Los injertos periodontales de tejidos blandos se cubren en el mismo cuadrante una vez cada 36 meses.

Los servicios y suministros para el tratamiento de los trastornos de la articulación temporomandibular (ATM) están cubiertos sobre la misma base que cualquier otra afección.

Resumen de beneficios

Nuestro plan utiliza proveedores preferidos a través de la red Primera Dental Choice. Estos proveedores acuerdan facturar a Primera Blue Cross directamente y aceptar una tarifa negociada como pago completo. Los cargos para los proveedores fuera de la red se pagan en función de los montos permitidos, según lo determinado por Primera. Usted puede ser responsable de cualquier monto adicional (también llamado facturación de saldo) si utiliza un proveedor que no es de la red. El deducible y el máximo anual son sobre una base de año calendario y se restablecen cada 1^{de} enero.

	Red Primera Dental Choice	Todos los demás dentistas
Elegibilidad para la cobertura	Empleados a tiempo completo que trabajan 1,560 horas por año	
Deducible anual	(Renunciado para la atención preventiva)	
<i>Individual</i>		\$50
<i>Máximo por familia</i>		\$100
Atención preventiva (exámenes, radiografías, etc.)	Pagado al 100%	
Servicios Básicos (rellenos, extracciones, etc.)	Pagado al 80%	
Servicios Mayores (coronas, puentes, dentaduras postizas, etc.)	Pagado al 50%	
Máximo anual	\$1,500 por persona cubierta (La atención preventiva no se aplica)	
Ortodoncia	Pagado al 50% hasta un máximo de por vida de \$2,000 Adultos y Niños	

COBERTURA DE LA VISIÓN



Vision Service Plan

Nuestra visión se beneficia a través de Vision Service Plan (VSP) proporcionar cobertura para la atención integral de la vista de rutina. Si elige usar un proveedor de VSP, sus costos de bolsillo serán mucho más bajos. Para acceder a nuestro plan de VSP, simplemente visite www.vsp.com, seleccione un VSP proveedor y hace una cita. El proveedor se encargará del resto. Si elige utilizar un proveedor que no sea vsp, deberá presentar un reclamo a VSP y se le reembolsará hasta los montos programados para proveedores fuera de la red.

	VSP Signature	Todos los demás Proveedores
Examen de la vista <i>Cada 12 meses</i>	Pagado al 100%	Reembolsado hasta \$50
Lentes de anteojos <i>Cada 12 meses</i>	Pagado al 100%	Reembolsado hasta \$50-\$125
Marcos <i>Cada 12 meses</i>	Asignación de \$130; Asignación de \$150 para marcos destacados y luego un descuento del 20% en las cantidades sobre la asignación. Asignación de \$70 en Costco	Reembolsado hasta \$70
Lentes de contacto <i>Cada 12 meses</i> <i>En lugar de gafas</i>	Asignación de \$130 Lentes de contacto cubiertas al 100% después del copago de \$60	Reembolsado hasta \$105, incluyendo el examen

ACUERDOS DE GASTOS FLEXIBLES



Navia Benefit Solutions

Nuestros Acuerdos de Gastos Flexibles (FSA, por sus susmos) le permiten usar dólares antes de impuestos para reembolsarse a sí mismo los gastos de atención médica de su bolsillo (como copagos y deducibles) y / o los gastos de cuidado de dependientes. Navia configura una cuenta en la que usted deposita dólares antes de impuestos de cada cheque de pago. Al igual que sus contribuciones a las primas, estas cuentas de la FSA están permitidas por la Sección 125 del Código de Ingresos Internas y, como tal, hay reglas asociadas con ellas. Para obtener más información sobre los planes de la FSA, revise los materiales ubicados en el sitio de beneficios de recursos humanos de Whitman College: <https://www.whitman.edu/open-enrollment>.

Tenga cuidado al hacer su elección porque el dinero que quedó en su cuenta al final del año se perderá, en otras palabras, júselo o piérdalo! Hay una excepción y es para su cuenta de atención médica; le permitimos transferir hasta \$570 contribuciones no utilizadas de un año a otro. Una vez que seleccione la cantidad (s) que desea depositar para el año, no puede cambiar o interrumpir esos depósitos a menos que experimente un cambio en el estado familiar (matrimonio, divorcio, nacimiento o adopción de un hijo, cambio en el empleo). Así que asegúrese de elegir reservar dinero que SABE que necesitará, no use estas cuentas como un "fondo para días lluviosos".

Usted o los miembros de su familia no tienen que estar inscritos en el plan médico de Whitman College para participar en nuestros planes FSA.

¿Qué está cambiando?

La cantidad máxima que puede elegir a partir del 1 de enero de 2022 para la cuenta de cuidado de dependientes es de \$5,000 (\$2,500 si está casado y presenta una declaración por separado).

¡Recordatorio! Si actualmente participa en el Acuerdo de Gastos Flexibles, cualquier saldo de atención médica o cuidado de dependientes no utilizado se transferirá al año del plan 2022. Por favor, tómelo en consideración al planificar su elección de FSA para 2022. Este es el último año en que el roll over será ilimitado; A fines de 2022, solo se permitirá que se renuevierta \$570 de dólares de la FSA de atención médica y se suspenda la reinversión de atención a dependientes.

FSA de atención médica

Este programa le permite reservar hasta \$2,850 por año para que pueda pagar ciertos gastos de atención médica aprobados por el IRS que no están cubiertos por el plan de seguro con dólares antes de impuestos. Algunos ejemplos incluyen:

- Servicios de audición, incluidos audífonos y baterías
- Servicios de visión, incluyendo lentes de contacto, solución de lentes de contacto, exámenes oculares y anteojos
- Servicios quiroprácticos
- Acupuntura
- Copagos de recetas
- Servicios dentales y ortodoncia
- Medicamentos de venta libre
- Productos menstruales

Aquellos que se inscriban en la cuenta de atención médica recibirán una tarjeta de débito de la FSA sin costo adicional. La tarjeta de débito está precargada por la cantidad total que ha elegido en su cuenta de atención médica este año, y tiene la opción de usar la tarjeta de débito para pagar los gastos de atención médica (copagos, deducibles, etc.). Lea atentamente los materiales de Navia para conocer las ventajas y responsabilidades asociadas con el uso de la tarjeta de débito.

Su elección de atención médica de la FSA está disponible para usted el primer día de cobertura (1 de enero o su fecha de inscripción para nuevas contrataciones). Eso significa que puede usar toda su elección en cualquier momento durante el año del plan y Whitman College continuará tomando deducciones de su cheque de pago en cantidades iguales en el transcurso del año.

En muchos casos, debido a los requisitos de cumplimiento del IRS, aún deberá enviar los recibos de su tarjeta de débito a Navia después de usar la tarjeta de débito. Esto es para garantizar que el gasto que pagó con la tarjeta de débito sea un gasto aprobado por el IRS. Navia tiene varias opciones para enviar estos recibos, como a través de su aplicación, portal en línea, correo electrónico, correo postal o fax.

Si bien solo debe reservar suficiente dinero para los gastos en los que sabe que incurrirá durante el año del plan, la disposición de reinversión le permite transferir hasta \$570 al próximo año del plan. Consulte la información de Navia Benefit Solutions para obtener más información.

Nota: Debido a las regulaciones del IRS, las parejas domésticas y sus hijos no son elegibles para el reembolso de atención médica.

FSA de Cuidado de Dependientes

Al igual que la FSA de atención médica, también puede usar dólares antes de impuestos para pagar el cuidado de dependientes calificado. Los gastos pueden ser para sus hijos dependientes de 12 años o menos, y en algunos casos para el cuidado de ancianos, y deben ser para que pueda trabajar, buscar trabajo activamente o ser un estudiante de tiempo completo. Algunos ejemplos son:

- El costo del cuidado de dependientes de niños o adultos
- El costo para que una persona brinde atención dentro o fuera de su casa
- Escuelas infantiles y preescolares (excepto jardín de infantes)

La cantidad máxima anual que puede contribuir a la FSA de Guardería es de \$5,000 por año calendario (o \$2,500 si está casado y presenta una declaración por separado). Este límite es establecido por el IRS y es un límite de año calendario. A diferencia de la cuenta de atención médica, solo puede obtener de su cuenta la cantidad que se ha deducido de su cheque de pago.

Nota: Los cambios electorales también se permiten cuando hay un cambio en el costo o la cobertura de su proveedor de cuidado infantil.

DISCAPACIDAD, VIDA Y SEGURO DE CUIDADO A LARGO PLAZO



Ingresos por discapacidad

Lincoln Financial Group

¿Sabías que uno de cada ocho trabajadores quedará incapacitado durante cinco o más años durante su carrera laboral? Si esto le sucede, ¿puede permitirse el lujo de estar sin trabajo y sin paga durante un período prolongado, además de las facturas médicas que vienen con una enfermedad o lesión grave?

La cobertura de discapacidad a largo plazo de Whitman College es esencialmente un "seguro de cheque de pago" y le ofrece estabilidad financiera y tranquilidad. Si no puede realizar las tareas materiales de su trabajo debido a una enfermedad, lesión o embarazo, recibirá los siguientes beneficios:

Discapacidad a largo plazo	
Comienza la cobertura	1º del mes que coincida con o la próxima fecha siguiente de empleo o fecha de cualificación
Elegibilidad	Empleados a tiempo completo: 1,560 horas por año Empleados de trabajo compartido: 1,040 horas por año
Comienzan los beneficios	Los beneficios comenzarán una vez que haya sido discapacitado (como se define a continuación) durante 180 días.
Porcentaje de ingresos reemplazados	60% de los ingresos mensuales básicos
Máximo beneficio disponible	Hasta \$10,000 por mes
Duración del beneficio	Hasta la edad normal de jubilación del Seguro Social con beneficios limitados si su discapacidad comienza después de los 60 años
Definición de discapacidad	Se le considera discapacitado y elegible para los beneficios debido a una enfermedad o lesión si está limitado de realizar los deberes materiales y sustanciales de su ocupación regular. Continuará recibiendo beneficios si, después de que se hayan pagado los beneficios durante 24 meses, se le limita a trabajar en cualquier ocupación para la que esté calificado en función de su educación y experiencia.
Beneficios de rehabilitación	Se le alentará a participar en un programa de rehabilitación mientras esté discapacitado; su participación es voluntaria.
Exclusiones	Cualquier acto de guerra, ya sea declarado o no declarado; lesiones autoinfligidas intencionalmente de cualquier tipo, mientras estén cuerdos o dementes; participación en la comisión de cualquier agresión o delito grave.
Limitaciones	Los beneficios por discapacidades debidas al abuso de sustancias y trastornos mentales o nerviosos se limitan a un máximo de 24 meses de beneficios por ocurrencia de discapacidad.
Limitación de condiciones preexistentes	Su discapacidad no estará cubierta por este plan si se debe a una condición preexistente. Tiene una afección preexistente si recibió tratamiento médico, consulta, atención o servicios, incluidas medidas de diagnóstico, o tomó medicamentos recetados o medicamentos en los 3 meses anteriores a su fecha de vigencia de cobertura; y la discapacidad comienza en los primeros 12 meses después de su fecha de vigencia de la cobertura.
Costo de beneficio	Este beneficio para empleados es pagado por Whitman College

Cualquier beneficio por discapacidad que pueda recibir es un ingreso imponible y debe informarse al IRS.

Seguros de vida y AD&D

Lincoln Financial Group

Whitman College compra seguros de vida y muerte accidental y desmembramiento (AD&D) para todos los empleados a tiempo completo.

Beneficios	1.5 veces las ganancias anuales hasta un máximo de \$500,000
Elegibilidad	Empleados de tiempo completo: 1,560 horas por año Empleados de trabajo compartido: 1,040 horas por año
Reducción de edad	El beneficio se reduce al 65% a los 70 años y al 50% a los 75 años, redondeado a los \$1,000 más cercanos.
Vida dependiente	Cónyuge: \$5,000 Niños: de 14 a 26 años, \$5,000
Costo de beneficio	La parte del empleado de este beneficio es pagada por Whitman College; la vida dependiente es un beneficio opcional que es pagado por el empleado. El costo para cubrir a todos los dependientes es de \$1.17 por mes.

Vida voluntaria

Si desea un seguro de vida grupal adicional, puede comprar montos adicionales a través de deducciones de nómina. Debe estar inscrito en la vida voluntaria para comprar un seguro de vida para su cónyuge o hijo.

Cuando sea elegible por primera vez, puede comprar hasta el monto de emisión garantizado, independientemente de su estado de salud. Si no compra cuando es elegible por primera vez o desea una cobertura que sea mayor que el monto de emisión garantizado, se le pedirá que demuestre su buena salud completando un formulario de Evidencia de asegurabilidad y siendo aprobado por Lincoln. Una vez al año durante la inscripción abierta, se le da la oportunidad de inscribirse o aumentar su beneficio de por vida en \$10,000 o \$20,000 para usted y \$5,000 o \$10,000 para cónyuge / pareja doméstica sin proporcionar prueba de buena salud. Este beneficio de inscripción abierta no está disponible para empleados o cónyuges que han sido rechazados previamente por Lincoln o que han abandonado la cobertura.

Puede elegir una cantidad para AD&D voluntaria que sea diferente a su elección voluntaria de vida. No es necesario que esté inscrito en la vida voluntaria para inscribirse en AD&D voluntario.

RECORDATORIO: SI RECIENTEMENTE TUVO UN CAMBIO DE ESTADO FAMILIAR, ESTE ES UN BUEN MOMENTO PARA ACTUALIZAR LA INFORMACIÓN DE SU BENEFICIARIO.

	Empleado	Cónyuge	Niño
Seguro de vida a término			
Beneficio disponible	Menos de 5 veces las ganancias anuales o \$500,000	Menos del 50% de la elección de los empleados o \$250,000	\$2.500 dólares; \$5.000 dólares; \$7.500 dólares; \$10,000 (los niños de 14 días a 6 meses solo son elegibles para un beneficio de \$250)
Disponible en incrementos de:	\$10,000	\$5,000	\$2,500
Emisión garantizada	\$150,000	\$30,000	\$10,000
AD&D			
Beneficio disponible	Igual que la vida	Igual que la vida	Igual que la vida
Emisión garantizada	Beneficio completo	Beneficio completo	Beneficio completo
Horario de reducción de edad			
El programa de reducción se aplica a los beneficios de vida, AD&D y suplementarios	A los 70 años, el beneficio se reduce al 65% de la cantidad original A los 75 años, el beneficio se reduce al 50% de la cantidad original		
Aumentar su elección			
¿Cuándo puedo aumentar mi elección?	En la inscripción abierta por \$10,000 o \$20,000	En la inscripción abierta por \$5,000 o \$10,000	En inscripción abierta
¿Hay suscripción médica?	No	No	No
	La suscripción médica se aplica si la nueva elección supera el monto de emisión garantizado o si el aumento de la inscripción abierta es mayor que dos incrementos de beneficios.		

Debido a que la prima se basa en su edad, cuando pasa de un grupo de edad al siguiente, las deducciones mensuales aumentarán para reflejar el nuevo grupo de edad. Los grupos de edad están en incrementos de 5 años (30-34, 35-39, etc.). Si corresponde, sus nuevas deducciones se deducirán de su cheque de pago con la primera nómina después del 1 de enero.

Póngase en contacto con Recursos Humanos para obtener más información sobre esta oferta, incluidas las tarifas y una solicitud.

Cuidados a largo plazo

¿Qué está cambiando?

A partir del 1 de enero de 2022, se deducirá un nuevo impuesto sobre la nómina de su cheque de pago para financiar el Fideicomiso de Cuidado a Largo Plazo del Estado de Washington establecido por la legislatura y promulgado en 2019. El impuesto es de \$0.58 / \$100 de nómina o \$5.80 de cada \$1,000 de ganancias. La atención a largo plazo es costosa. Siete de cada diez residentes de Washington que tienen 65 años necesitarán servicios y apoyo a largo plazo en su vida. A medida que nuestra esperanza de vida crece, existe una mayor preocupación por una brecha entre nuestra esperanza de salud y nuestra esperanza de vida. La cobertura de atención a largo plazo está destinada a ayudar a pagar la atención que muchos necesitan más adelante en la vida.

Para obtener más información sobre el Washington Cares Fund, visite <http://www.wacaresfund.wa.gov/>. Si estalló en un plan LTC antes del 1 de noviembre de 2021, puede optar permanentemente por no participar en el Fondo Washington Cares y evitar pagar el impuesto. Debe optar por no participar antes del 31 de diciembre de 2022.

BIENESTAR DE LOS EMPLEADOS



Programa de Asistencia al Empleado

Cascade Centers – Pronto será Canopy

El Programa de Asistencia al Empleado (EAP) es un programa de asesoramiento completamente gratuito y confidencial que lo ayuda a usted y / o a los miembros de su familia a abordar problemas de la vida, grandes o pequeños. Los beneficios se ofrecen a todos los empleados y familiares inmediatos, y pueden ayudar con:

- Preocupaciones matrimoniales y familiares
- Relaciones difíciles
- Depresión
- Abuso
- Dolor y pérdida
- Enredos financieros
- Otros factores estresantes personales
- Muchas otras cuestiones

Sus llamadas a Cascade Centers son respondidas por consejeros de nivel de maestría que lo ayudarán a determinar qué tipo de ayuda necesita. Este contacto se realiza por teléfono o mensaje de texto 24/7/365. También tienen un sitio web robusto para más oportunidades educativas y de autoservicio. Contáctalos por:

- Llamando: 800-433-2320
- Texto: 503-850-7721
- Correo electrónico: info@cascaDECENTERS.COM
- Sitio web: WWW.CASCADCENTERS.COM

Cascade Centers está cambiando su nombre a Canopy en 2022, pero los números de teléfono y sitios web anteriores continuarán conectándolo a los servicios. Los detalles adicionales sobre el cambio de marca se compartirán una vez que estén disponibles.

Aquí hay una descripción general de alto nivel de todos los servicios a los que tiene acceso con Cascade Centers:

- Hasta tres, sin costo, en persona o por teléfono (su elección) sesiones de asesoramiento por persona, por problema. Cascade localizará a un consejero, quien se comunicará con usted para programar una cita.
- Ayuda para encontrar servicios de cuidado de ancianos o cuidado de niños: localice recursos, configure visitas al sitio.
- Consulta legal y mediación: una oficina gratuita de 30 minutos o una consulta telefónica con un abogado o mediador, además de un descuento del 25% para cualquier servicio legal necesario.
- Coaching financiero: 30 días de coaching financiero para ayudar a desarrollar mejores hábitos de gasto, reducir la deuda, mejorar el crédito, aumentar los ahorros y planificar la jubilación.
- Crianza de mascotas: apoyo para nuevos padres de mascotas, descuentos en el seguro de mascotas y apoyo para el duelo cuando pierde una mascota.
- Asistencia para la propiedad de la vivienda y el alquiler: descuentos en el cierre y la refinanciación, además de ayuda para encontrar lugares para alquilar, vivienda temporal.

Mantenerse saludable

¿Está buscando formas de mantenerse saludable? Su plan de salud le proporciona muchas herramientas para hacerlo. Mantenerse saludable no solo es bueno para usted y su familia, sino que también ayuda al rendimiento de nuestro plan de salud al mantener los costos bajos. Inicie sesión en www.premera.com y cree una cuenta para acceder a:

- Herramientas de bienestar
- Revisar reclamaciones
- Declaración de salud personal
- Herramientas de costo y calidad de la atención médica (en el área "Encuentre al proveedor")

Apoyo personal de salud

Los navegadores de atención médica están disponibles para usted y su familia cuando tiene cualquier tipo de evento médico complejo. Los profesionales con licencia trabajan con usted y sus proveedores como un único punto de contacto para abogar en su nombre, tanto con Premera como con su médico. Premera puede ayudarlo a navegar por el sistema de salud, comprender su situación de salud y ayudarlo a tomar decisiones informadas. Para conectarse con un navegador de atención médica, llame al 888-742-1479 o envíe un correo electrónico a healthhelp@premera.com.

Sin papel

¿Sabía que puede optar por reducir su desorden y ayudar a proteger su privacidad notificando a Premera para que se comunique con usted electrónicamente? En unos pocos pasos puede actualizar su perfil para recibir su explicación de beneficios (EOB) por correo electrónico.

- Inicie sesión en www.premera.com
- Has clic en "Manage my Account" en Servicios para Miembros
- Seleccione "Go Paperless" en el menú de la izquierda

ASISTENCIA EN VIAJE



On Call International

Usted y su familia tienen acceso a asistencia de emergencia médica en todo el mundo cada vez que viaja más de 100 millas desde su hogar. La asistencia en viaje NO reemplaza su seguro médico: está ahí para ayudarlo a acceder a la atención médica, como:

- Asistencia para el reemplazo de recetas
- Referencias médicas a proveedores médicos entrenado en el oeste y que hablen tu idioma
- Garantía de ingreso hospitalario
- Evacuación médica de emergencia
- Monitoreo de cuidados críticos
- Cuidado y transporte de menores desatendidos
- Servicio de mensajes de emergencia
- Transporte para que un amigo / familiar se una al paciente hospitalizado
- Referencias legales y de intérpretes

Los servicios médicos y de prescripción serán pagados por su seguro médico; los servicios prestados por On Call International simplemente ayudan con los arreglos para el acceso a la atención médica. Solicite a Recursos Humanos un folleto si desea obtener más información sobre este servicio.

Tenga en cuenta que este servicio se suspenderá en marzo de 2022.

INFORMACIÓN LEGAL IMPORTANTE

Reforma de la atención médica

La ley de reforma de la salud (o Affordable Care Act (ACA) o Obamacare) es complicado y es posible que tenga preguntas sobre cómo le afecta a usted, a su familia y a sus beneficios. Hay tres elementos que debes saber.

En primer lugar, el mandato individual (el requisito de que todas las personas tengan seguro médico) sigue vigente. Lo que ha cambiado es la penalización asociada a ella. A partir del 1 de enero de 2019, la multa fiscal de la ACA se deroga y no tendrá que pagar nada si no se inscribe.

En segundo lugar, el Mercado de Seguros Médicos todavía existe. Puede comprar e inscribirse en planes de seguro a través del intercambio y aún así solicitar subsidios basados en los ingresos.

En tercer lugar, para la mayoría de las personas, los planes que ofrecemos se consideran asequibles y ni usted ni ningún miembro de su familia son elegibles para los subsidios federales disponibles en el Mercado de Seguros Médicos, incluso si elige no inscribirse en el plan de Whitman College.

Consulte su Aviso de cobertura del Mercado de Seguros Médicos para obtener información general. o información adicional sobre las opciones del Mercado en su área y calculadoras de subsidios, vaya a www.healthcare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Recordatorios anuales

Inscripción Especial

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), permite un período de Inscripción Especial además del período regular de Inscripción Abierta. Solo las siguientes personas pueden inscribirse fuera del período de inscripción abierta:

Personas que anteriormente renunciaron a la cobertura bajo este programa porque tenían otra cobertura y luego perdieron involuntariamente la otra cobertura. La inscripción debe ocurrir dentro de los 60 días posteriores a la pérdida de otra cobertura;

Nuevos dependientes por matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción. El empleado elegible y otros dependientes que anteriormente no eligieron estar cubiertos por el plan de atención médica del empleador también pueden inscribirse en el momento en que se inscribe al nuevo dependiente. La inscripción debe ocurrir dentro de los 60 días posteriores a la fecha del matrimonio, o 60 días de un nacimiento, adopción o colocación para adopción;

Un tribunal ha ordenado que se proporcione cobertura para un cónyuge o hijo menor de edad bajo este plan y la solicitud de inscripción se realiza dentro de los 60 días posteriores a la emisión de dicha orden judicial.;

Si los empleados y/o dependientes no son elegibles para Medicaid o el programa de Seguro Médico para Niños y solicitan cobertura bajo nuestro plan dentro de los 60 días posteriores a la terminación (Lea el aviso de Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños para obtener más información); o

Si los empleados y/o dependientes se vuelven elegibles para el programa estatal de asistencia de primas y solicitan cobertura bajo nuestro plan dentro de los 60 días posteriores a la determinación de la elegibilidad.

Aviso sobre el Women's Health and Cancer Rights Act of 1998

Según lo requerido por el Women's Health and Cancer Rights Act (WHCRA) of 1998, Este plan proporciona cobertura para:

- Todas las etapas de la reconstrucción de la mama en la que se ha realizado la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir una apariencia simétrica; y
- Prótesis y complicaciones físicas de la mastectomía, incluidos los linfedemas, de una manera determinada en consulta con el médico tratante y el paciente.

Dicha cobertura puede estar sujeta a deducibles anuales y provisiones de coaseguro que se consideren apropiadas y sean consistentes con las establecidas para otros beneficios bajo el plan o cobertura. La notificación por escrito de la disponibilidad de dicha cobertura se entregará al participante al momento de la inscripción y anualmente a partir de entonces.

Póngase en contacto con Recursos Humanos para obtener más información.

Prácticas de privacidad de HIPAA

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) requiere que los empleadores se adhieran a estrictas pautas de privacidad y establece sus derechos con respecto a su información personal de salud. Recibió una copia del Aviso de privacidad del plan de salud de Whitman College Group cuando fue contratado. Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica, y cómo puede acceder a esa información.

Si tiene alguna pregunta sobre el Aviso de privacidad de HIPAA, o desea otra copia, comuníquese con Recursos Humanos.

COBRA

La cobertura de continuación de COBRA es una continuación temporal de la cobertura bajo nuestro plan de beneficios para empleados. Comuníquese con Recursos Humanos para obtener una copia del Aviso General de Derechos de Continuación de COBRA. Este aviso explica sus derechos y obligaciones para recibir los beneficios de COBRA.

No siempre somos conscientes de cuándo se lleva a cabo un evento COBRA, a menos que usted lo notifique. Los ejemplos más comunes son el divorcio, o cuando un niño supera la edad máxima. Cuando ocurre un evento de este tipo, el Aviso de Evento Calificado debe tener matasellos dentro de los 60 días posteriores al evento calificado para que la persona afectada sea elegible para la continuación de COBRA. Si tiene preguntas sobre COBRA, comuníquese con Recursos Humanos.

Aviso importante de Whitman College sobre su cobertura de medicamentos recetados y Medicare

Lea este aviso detenidamente y guárdalo donde pueda encontrarlo. Este aviso tiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados con Whitman College y sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarle a decidir si desea o no unirse a un plan de medicamentos de Medicare. Si está considerando unirse, debe comparar su cobertura actual, incluidos los medicamentos que están cubiertos a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su área. La 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 debe saber sobre su cobertura actual y la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare estuvo disponible en 2006 para todas las personas con Medicare. Puede obtener esta cobertura si se une a un plan de medicamentos recetados de Medicare o se une a un plan Medicare Advantage (como una HMO o PPO) que ofrece cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare proporcionan al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
2. Whitman College ha determinado que la cobertura de medicamentos recetados ofrecida por el Whitman College Employee Benefit Plan es, en promedio para todos los participantes del plan, se espera que pague tanto como paga la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y, por lo tanto, se considera cobertura acreditable. Debido a que su cobertura existente es cobertura acreditable, puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una multa) si más tarde decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare.

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

Puede unirse a un plan de medicamentos de Medicare cuando sea elegible por primera vez para Medicare y cada año del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Sin embargo, si pierde su cobertura actual de medicamentos recetados acreditables, sin culpa propia, también será elegible para un Período de Inscripción Especial (SEP) de dos (2) meses para unirse a un plan de medicamentos de Medicare.

¿Qué sucede con su cobertura actual si decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare?

Los participantes del plan que también son elegibles para Medicare tienen las siguientes tres opciones con respecto a la cobertura de medicamentos recetados:

- Usted puede permanecer en el Plan y no inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare en este momento. Podrá inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare en una fecha posterior

sin penalización, ya sea (1) durante un período de inscripción abierta de medicamentos recetados de Medicare (del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año); o (2) si pierde la cobertura del Plan. Esta es la mejor opción para la mayoría de los participantes del Plan que son elegibles para Medicare.

- Usted puede permanecer en el Plan y también inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare en este momento. El Plan pagará los beneficios de medicamentos recetados como el pagador principal en la mayoría de los casos. Medicare pagará los beneficios como pagador secundario y, por lo tanto, el valor de su cobertura de medicamentos recetados de Medicare se reducirá considerablemente. Su cobertura actual bajo el Plan paga otros beneficios de salud, así como medicamentos recetados y no cambiará si elige inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- Usted puede rechazar toda la cobertura bajo el Plan y elegir la cobertura bajo Medicare como su principal y único pagador para todos los gastos médicos y de medicamentos recetados. Si lo hace, no podrá recibir cobertura bajo el Plan, incluida la cobertura de medicamentos recetados, a menos que y hasta que sea elegible para volver a inscribirse en el próximo período de inscripción para el cual es elegible, si corresponde. Su cobertura actual paga otros tipos de gastos de salud, además de los medicamentos recetados, y no será elegible para recibir ninguno de sus beneficios actuales de salud y medicamentos recetados si rechaza la cobertura bajo el Plan y elige inscribirse en Medicare, incluido un plan de medicamentos recetados de Medicare, como su principal y único pagador.

¿Cuándo pagará una prima más alta (multa) para unirse a un plan de medicamentos de Medicare?

También debe saber que si abandona o pierde su cobertura actual con Whitman College y no se une a un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días continuos posteriores a la finalización de su cobertura actual, puede pagar una prima más alta (una multa) para unirse a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si pasa 63 días continuos o más sin cobertura acreditable de medicamentos recetados, su prima mensual puede aumentar en al menos un 1% de la prima del beneficiario base de Medicare por mes por cada mes que no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima puede ser consistentemente al menos un 19% más alta que la prima del beneficiario base de Medicare. Es posible que tenga que pagar esta prima más alta (una multa) siempre y cuando tenga cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que tenga que esperar hasta el próximo noviembre para unirse.

Para obtener más información sobre este aviso o su cobertura actual de medicamentos recetados...

Póngase en contacto con la persona que aparece a continuación para obtener más información. NOTA: Recibirá este aviso cada año. También lo obtendrá antes del próximo período, puede unirse a un plan de medicamentos de Medicare, y si esta cobertura a través de Whitman College cambia. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para obtener más información sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare...

Información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados se encuentra en el manual "Medicare & You". Recibirá una copia del manual por correo cada año de Medicare. También puede ser contactado directamente por los planes de medicamentos de Medicare.

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

Visita www.medicare.gov.

Llame a su Programa Estatal de Asistencia de Seguro médico (consulte la contraportada interior de su copia del manual "Medicare & You" para obtener su número de teléfono) para obtener ayuda personalizada.

Llama 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY usuarios deben llamar 1-877-486-2048.

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

Recuerde: Mantenga este aviso de cobertura acreditable. Si decide unirse a uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que se le solicite que proporcione una copia de este aviso cuando se una para demostrar si ha mantenido o no una cobertura acreditable y, por lo tanto, si está obligado o no a pagar una prima más alta (una multa).

Fecha: enero 1, 2022

Nombre de la entidad/remitente: Whitman College

Contacto: posición/oficina: Cara Setchell

Dirección: 345 Boyer Avenue

Walla Walla, WA 99362

Número de teléfono: (509) 527-5970

Asistencia de primas bajo Medicaid y el Programa de Seguro de Salud para Menores (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) y son elegibles para la cobertura de salud de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia de primas que puede ayudar a pagar la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no serán elegibles para estos programas de asistencia de primas, pero es posible que pueda comprar cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información, visite www.healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y viven en un estado que se enumera a continuación, comuníquese con su oficina estatal de Medicaid o CHIP para averiguar si hay asistencia de prima disponible.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y cree que usted o cualquiera de sus dependientes podrían ser elegibles para cualquiera de estos programas, comuníquese con su oficina estatal de Medicaid o CHIP o marque **1-877-KIDS NOW** o www.insurekidsnow.gov para saber cómo presentar una solicitud. Si califica, pregúntele a su estado si tiene un programa que podría ayudarlo a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir asistencia de primas bajo Medicaid o CHIP, así como elegibles bajo el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en su plan de empleador si aún no está inscrito. Esto se llama una oportunidad de "inscripción especial", y **debe solicitar cobertura dentro de los 60 días posteriores a la determinación de que es elegible para recibir asistencia de prima**. Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo al www.askebsa.dol.gov o llame 1-866-444-EBSA (3272).

Si vive en uno de los siguientes estados, puede ser elegible para recibir asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 1 de julio de 2021. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad.

ALABAMA – Medicaid

Sitio web: <http://myalhipp.com/>
Teléfono: 1-855-692-5447

ALASKA – Medicaid

El AK Health Insurance Premium Payment Program
Sitio web: <http://myakhipp.com/>
Teléfono: 1-866-251-4861
Correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com
Elegibilidad de Medicaid:
<http://dhss.alaska.gov/dpa/Pages/medicaid/default.aspx>

ARKANSAS – Medicaid

Sitio web: <http://myarhipp.com/>
Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)

CALIFORNIA – Medicaid

Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program: Sitio web: <http://dhcs.ca.gov/hipp>
Teléfono: 916-445-8322
Correo electrónico: <mailto:hipp@dhcs.ca.gov>

COLORADO – Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) & Child Health Plan Plus (CHP+)

Health First Colorado Sitio web: <https://www.healthfirstcolorado.com/>

Health First Colorado Centro de contacto para miembros: 1-800-221-3943/ State Relay 711

CHP+: <https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus>

CHP+ Servicio al cliente: 1-800-359-1991/ State Relay 711

Health Insurance Buy-In Program (HIBI): <https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/health-insurance-buy-program>

Servicio al cliente de HIBI: 1-855-692-6442

FLORIDA – Medicaid

Sitio web: <https://www.flmedicaidtprecovery.com/flmedicaidtprecovery.com/hipp/index.html>

Teléfono: 1-877-357-3268

GEORGIA – Medicaid

Sitio web: <https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp>

Teléfono: 678-564-1162, ext 2131

INDIANA – Medicaid

Healthy Indiana Plan para adultos de bajos ingresos 19-64

Sitio web: <http://www.in.gov/fssa/hip/>

Teléfono: 1-877-438-4479

Todos los demás Medicaid

Sitio web: <https://www.in.gov/medicaid/>

Teléfono 1-800-457-4584

IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)

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 Hawki: 1-800-257-8563

Sitio web de HIPP: <https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp>

Teléfono HIPP: 1-888-346-9562

KANSAS – Medicaid

Sitio web: <https://www.kancare.ks.gov/>

Teléfono: 1-800-792-4884

KENTUCKY – Medicaid

Sitio web del Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP):

<https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx>

Teléfono: 1-855-459-6328

Correo electrónico: KIHIPPPROGRAM@ky.gov

Sitio web de KCHIP: <https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx>

Teléfono: 1-877-524-4718

Sitio web de Medicaid de Kentucky: <https://chfs.ky.gov>

LOUISIANA – Medicaid

Sitio web: www.medicaid.la.gov

o www.ldh.la.gov/lahipp

Teléfono: 1-888-342-6207 (Medicaid línea directa)

o 1-855-618-5488 (LaHIPP)

MAINE – Medicaid

Sitio web de inscripción: <https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms>

Teléfono: 1-800-442-6003

TTY: Maine relay 711

Private Health Insurance Premium Webpage:

<https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms>

Teléfono: 800-977-6740.

TTY: Maine relay 711

MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP

Sitio web: <https://www.mass.gov/info-details/masshealth-premium-assistance-pa>

Teléfono: 1-800-862-4840

MINNESOTA – Medicaid

Sitio web: <https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp>

Teléfono: 1-800-657-3739

MISSOURI – Medicaid

Sitio web: <http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm>

Teléfono: 573-751-2005

MONTANA – Medicaid

Sitio web: <http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP>

Teléfono: 1-800-694-3084

NEBRASKA – Medicaid

Sitio web: <http://www.ACCESSNebraska.ne.gov>

Teléfono: 1-855-632-7633

Lincoln: 402-473-7000

Omaha: 402-595-1178

NEVADA – Medicaid

Sitio web de Medicaid: <http://dhcfp.nv.gov>

Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900

NEW HAMPSHIRE – Medicaid

Sitio web: <https://www.dhhs.nh.gov/oi/hipp.htm>

Teléfono: 603-271-5218

Número gratuito para el HIPP program: 1-800-852-3345, ext 5218

NEW JERSEY – Medicaid y CHIP

Sitio web de Medicaid: <http://www.state.nj.us/human-services/dmahs/clients/medicaid/>

Teléfono de Medicaid: 609-631-2392

Sitio web de CHIP:

<http://www.njfamilycare.org/index.html>

Teléfono CHIP: 1-800-701-0710

<p>NEW YORK – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831</p>	<p>TEXAS – Medicaid</p> <p>Sitio web: http://gethipptexas.com/ Teléfono: 1-800-440-0493</p>
<p>NORTH CAROLINA – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov/ Teléfono: 919-855-4100</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</p>
<p>NORTH DAKOTA – Medicaid</p> <p>Sitio web: http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/ Teléfono: 1-844-854-4825</p>	<p>VERMONT– Medicaid</p> <p>Sitio web: http://www.greenmountaincare.org/ Teléfono: 1-800-250-8427</p>
<p>OKLAHOMA – Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742</p>	<p>VIRGINIA – Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web: https://www.coverva.org/hipp/ Teléfono de Medicaid: 1-800-432-5924 Teléfono CHIP: 1-855-242-8282</p>
<p>OREGON – Medicaid</p> <p>Sitio web: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx o http://www.oregonhealthcare.gov/index-es.html Teléfono: 1-800-699-9075</p>	<p>WASHINGTON – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.hca.wa.gov/ Teléfono: 1-800-562-3022</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>WEST VIRGINIA – Medicaid</p> <p>Sitio web: http://mywvhipp.com/ Teléfono gratuito: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)</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 (Direct Rlte Share Line)</p>	<p>WISCONSIN – Medicaid and CHIP</p> <p>Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002</p>
<p>SOUTH CAROLINA – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820</p>	<p>WYOMING – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Teléfono: 1-800-251-1269</p>
<p>SOUTH DAKOTA - Medicaid</p> <p>Sitio web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059</p>	

Para ver si otros estados han agregado un programa de asistencia premium desde el 1 de julio de 2021, o para obtener más información sobre los derechos especiales de inscripción, comuníquese con:

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

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

Whitman College : Your Choice (Copay) NGF

Coverage for: Individual or Family | Plan Type: PPO



The Summary of Benefits and Coverage (SBC) document will help you choose a health plan. The SBC shows you how you and the plan would share the cost for covered health care services. NOTE: Information about the cost of this plan (called the premium) will be provided separately.

This is only a summary. For more information about your coverage, or to get a copy of the complete terms of coverage, call 1-800-722-1471 (TTY: 1-800-842-5357) or visit us at www.premera.com. For general definitions of common terms, such as allowed amount, balance billing, coinsurance, copayment, deductible, provider, or other underlined terms see the Glossary. You can view the Glossary at <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> or call 1-800-722-1471 (TTY: 1-800-842-5357) to request a copy.

Important Questions	Answers	Why This Matters:
What is the overall deductible?	\$500 Individual / \$1,000 Family.	Generally, you must pay all of the costs from <u>providers</u> up to the <u>deductible</u> amount before this <u>plan</u> begins to pay. If you have other family members on the <u>plan</u> , each family member must meet their own individual <u>deductible</u> until the total amount of <u>deductible</u> expenses paid by all family members meets the overall family <u>deductible</u> .
Are there services covered before you meet your deductible?	Yes. Does not apply to <u>Preventive care</u> , <u>copayments</u> , <u>prescription drugs</u> and services listed below as "No charge"	This <u>plan</u> covers some items and services even if you haven't yet met the <u>deductible</u> amount. But a <u>copayment</u> or <u>coinsurance</u> may apply. For example, this <u>plan</u> covers certain <u>preventive services</u> without <u>cost-sharing</u> and before you meet your <u>deductible</u> . See a list of covered <u>preventive services</u> at https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
Are there other deductibles for specific services?	No.	You don't have to meet <u>deductibles</u> for specific services.
What is the out-of-pocket limit for this plan?	In-network: \$2,500 Individual / \$5,000 Family, Out-of-network: \$4,500 Individual / \$9,000 Family	The <u>out-of-pocket limit</u> is the most you could pay in a year for covered services. If you have other family members in this <u>plan</u> , they have to meet their own <u>out-of-pocket limits</u> until the overall family <u>out-of-pocket limit</u> has been met.
What is not included in the out-of-pocket limit?	<u>Premium</u> , <u>balance-billed</u> charges, and health care this <u>plan</u> doesn't cover.	Even though you pay these expenses, they don't count toward the <u>out-of-pocket limit</u> .
Will you pay less if you use a network provider?	Yes. See www.premera.com or call 1-800-722-1471 for a list of <u>network providers</u> .	This <u>plan</u> uses a <u>provider network</u> . You will pay less if you use a <u>provider</u> in the <u>plan's network</u> . You will pay the most if you use an <u>out-of-network provider</u> , and you might receive a bill from a <u>provider</u> for the difference between the <u>provider's charge</u> and what your <u>plan</u> pays (<u>balance billing</u>). Be aware your <u>network provider</u> might use an <u>out-of-network provider</u> for some services (such as lab work). Check with your <u>provider</u> before you get services.
Do you need a referral to see a specialist?	No.	You can see the <u>specialist</u> you choose without a <u>referral</u> .

 All copayment and coinsurance costs shown in this chart are after your deductible has been met, if a deductible applies.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Network Provider (You will pay the least)	Out-of-Network Provider (You will pay the most)	
If you visit a health care provider's office or clinic	Primary care visit to treat an injury or illness	\$25 <u>copay</u> /visit	40% <u>coinsurance</u>	None
	<u>Specialist</u> visit	\$25 <u>copay</u> /visit	40% <u>coinsurance</u>	None
	<u>Preventive care/screening/immunization</u>	No charge	Not covered	You may have to pay for services that aren't preventive. Ask your <u>provider</u> if the services you need are preventive. Then check what your <u>plan</u> will pay for.
If you have a test	<u>Diagnostic test</u> (x-ray, blood work)	20% <u>coinsurance</u> (<u>deductible</u> does not apply)	40% <u>coinsurance</u>	None
	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	20% <u>coinsurance</u> (<u>deductible</u> does not apply)	40% <u>coinsurance</u>	<u>Prior authorization</u> recommended for some outpatient imaging tests. Penalty for out-of-network: no penalty.
If you need drugs to treat your illness or condition More information about <u>prescription drug coverage</u> is available at https://www.premera.com/documents/052149_2022.pdf	Preferred generic drugs	\$10 <u>copay</u> /prescription (retail), \$20 <u>copay</u> /prescription (mail)	\$10 <u>copay</u> /prescription + 40% <u>coinsurance</u> (retail), not covered (mail)	Covers up to a 90 day supply retail and mail. Member pays 1 copay per 30 days retail. No charge for specific preventive drugs. <u>Prior authorization</u> recommended for some drugs.
	Preferred brand drugs	\$20 <u>copay</u> /prescription (retail), \$40 <u>copay</u> /prescription (mail)	\$20 <u>copay</u> /prescription + 40% <u>coinsurance</u> (retail), not covered (mail)	Covers up to a 90 day supply retail and mail. Member pays 1 copay per 30 days retail. <u>Prior authorization</u> recommended for some drugs.
	Preferred <u>specialty drugs</u>	\$40 <u>copay</u> /prescription	Not covered	Covers up to a 30 day supply. Only covered at specific contracted specialty pharmacies. <u>Prior authorization</u> recommended for some drugs.
	Non-preferred generic drugs Non-preferred brand drugs Non-preferred <u>specialty drugs</u>	Non-pref. generic: \$80 <u>copay</u> /prescription (retail), \$160 <u>copay</u> /prescription (mail) Non-pref. brand: \$80 <u>copay</u> /prescription (retail), \$160 <u>copay</u> /prescription (mail) Non-pref. specialty: \$80 <u>copay</u> /prescription	Non-pref. generic: \$80 <u>copay</u> /prescription + 40% <u>coinsurance</u> (retail), not covered (mail) Non-pref. brand: \$80 <u>copay</u> /prescription + 40% <u>coinsurance</u> (retail), not covered (mail) Non-pref. specialty: Not covered	Non-pref. generic and non-pref. brand: Covers up to a 90 day supply retail and mail. Member pays 1 copay per 30 days retail. Non-pref. specialty drugs: Covers up to a 30 day supply. Only covered at specific contracted specialty pharmacies. <u>Prior authorization</u> recommended for some drugs.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Network Provider (You will pay the least)	Out-of-Network Provider (You will pay the most)	
If you have outpatient surgery	Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)	20% <u>coinsurance</u>	40% <u>coinsurance</u>	<u>Prior authorization</u> recommended for some services. Penalty for out-of-network: no penalty.
	Physician/surgeon fees	20% <u>coinsurance</u>	40% <u>coinsurance</u>	None
If you need immediate medical attention	<u>Emergency room care</u>	20% <u>coinsurance</u>	20% <u>coinsurance</u>	None
	<u>Emergency medical transportation</u>	20% <u>coinsurance</u>	20% <u>coinsurance</u>	None
	<u>Urgent care</u>	Hospital-based: 20% <u>coinsurance</u> Freestanding center: \$25 <u>copay/visit</u>	Hospital-based: 20% <u>coinsurance</u> Freestanding center: 40% <u>coinsurance</u>	None
If you have a hospital stay	Facility fee (e.g., hospital room)	20% <u>coinsurance</u>	40% <u>coinsurance</u>	<u>Prior authorization</u> recommended for all planned inpatient stays. Penalty for out-of-network: no penalty.
	Physician/surgeon fees	20% <u>coinsurance</u>	40% <u>coinsurance</u>	None
If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services	Outpatient services	Office Visit: \$25 <u>copay/visit</u> Facility: 20% <u>coinsurance</u> (<u>deductible</u> does not apply)	40% <u>coinsurance</u>	None
	Inpatient services	20% <u>coinsurance</u>	40% <u>coinsurance</u>	<u>Prior authorization</u> recommended for all planned inpatient stays. Penalty for out-of-network: no penalty.
If you are pregnant	Office visits	20% <u>coinsurance</u>	40% <u>coinsurance</u>	<u>Cost sharing</u> does not apply for <u>preventive services</u> . Depending on the type of services, a <u>coinsurance</u> may apply. Maternity care may include tests and services described elsewhere in the SBC (such as, ultrasound).
	Childbirth/delivery professional services	20% <u>coinsurance</u>	40% <u>coinsurance</u>	
	Childbirth/delivery facility services	20% <u>coinsurance</u>	40% <u>coinsurance</u>	

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Network Provider (You will pay the least)	Out-of-Network Provider (You will pay the most)	
If you need help recovering or have other special health needs	<u>Home health care</u>	20% <u>coinsurance</u>	40% <u>coinsurance</u>	Limited to 130 visits per calendar year
	<u>Rehabilitation services</u>	Outpatient: \$25 <u>copay/visit</u> Inpatient: 20% <u>coinsurance</u>	40% <u>coinsurance</u>	Limited to 45 outpatient visits per calendar year, limited to 30 inpatient days per calendar year. Includes physical therapy, speech therapy, and occupational therapy. <u>Prior authorization</u> recommended for all planned inpatient stays. Penalty for out-of-network: no penalty.
	<u>Habilitation services</u>	Outpatient: \$25 <u>copay/visit</u> Inpatient: 20% <u>coinsurance</u>	40% <u>coinsurance</u>	Limited to 45 outpatient visits per calendar year, limited to 30 inpatient days per calendar year. Includes physical therapy, speech therapy, and occupational therapy. <u>Prior authorization</u> recommended for all planned inpatient stays. Penalty for out-of-network: no penalty.
	<u>Skilled nursing care</u>	20% <u>coinsurance</u>	40% <u>coinsurance</u>	Limited to 90 days per calendar year. <u>Prior authorization</u> recommended for all planned inpatient stays. Penalty for out-of-network: no penalty.
	<u>Durable medical equipment</u>	20% <u>coinsurance</u>	40% <u>coinsurance</u>	<u>Prior authorization</u> recommended to buy some medical equipment. Penalty for out-of-network: no penalty.
	<u>Hospice services</u>	20% <u>coinsurance</u>	40% <u>coinsurance</u>	Limited to 240 respite hours, limited to 10 inpatient days - 6 month overall lifetime benefit limit, except when approved otherwise.
If your child needs dental or eye care	Children's eye exam	No charge	No charge	Limited to one exam per calendar year (under age 19).
	Children's glasses	Not covered	Not covered	None
	Children's dental check-up	Not covered	Not covered	None

Excluded Services & Other Covered Services:

Services Your Plan Generally Does NOT Cover (Check your policy or plan document for more information and a list of any other excluded services.)

- Bariatric surgery
- Cosmetic surgery
- Dental care (Adult)
- Infertility treatment
- Long-term care
- Private-duty nursing
- Weight loss programs

Other Covered Services (Limitations may apply to these services. This isn't a complete list. Please see your plan document.)

- Acupuncture
- Chiropractic care or other spinal manipulations
- Foot care
- Hearing aids
- Non-emergency care when traveling outside the U.S.
- Routine eye care (Adult)

Your Rights to Continue Coverage: There are agencies that can help if you want to continue your coverage after it ends. The contact information for those agencies is: for ERISA plans, contact the Department of Labor's Employee Benefit's Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform. For governmental plans, contact the Department of Health and Human Services, Center for Consumer Information and Insurance Oversight, at 1-877-267-2323 x61565 or www.cciio.cms.gov. For church plans and all other plans, call 1-800-562-6900 for the state insurance department, or the insurer at 1-800-722-1471 or TTY 1-800-842-5357. Other coverage options may be available to you too, including buying individual insurance coverage through the Health Insurance [Marketplace](#). For more information about the [Marketplace](#), visit www.HealthCare.gov or call 1-800-318-2596.

Your Grievance and Appeals Rights: There are agencies that can help if you have a complaint against your plan for a denial of a claim. This complaint is called a grievance or appeal. For more information about your rights, look at the explanation of benefits you will receive for that medical claim. Your plan documents also provide complete information to submit a claim, appeal, or a grievance for any reason to your plan. For more information about your rights, this notice, or assistance, contact: your plan at 1-800-722-1471 or TTY 1-800-842-5357, or the state insurance department at 1-800-562-6900, or Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform.

Does this plan provide Minimum Essential Coverage? Yes.

Minimum Essential Coverage generally includes plans, health insurance available through the [Marketplace](#) or other individual market policies, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, and certain other coverage. If you are eligible for certain types of [Minimum Essential Coverage](#), you may not be eligible for the [premium tax credit](#).

Does this plan meet the Minimum Value Standards? Yes.

If your plan doesn't meet the [Minimum Value Standards](#), you may be eligible for a [premium tax credit](#) to help you pay for a plan through the [Marketplace](#).

Language Access Services:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-722-1471.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-722-1471.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码1-800-722-1471.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-722-1471.

—————To see examples of how this plan might cover costs for a sample medical situation, see the next section.—————

About these Coverage Examples:



This is not a cost estimator. Treatments shown are just examples of how this plan might cover medical care. Your actual costs will be different depending on the actual care you receive, the prices your providers charge, and many other factors. Focus on the cost sharing amounts (deductibles, copayments and coinsurance) and excluded services under the plan. Use this information to compare the portion of costs you might pay under different health plans. Please note these coverage examples are based on self-only coverage.

Peg is Having a Baby
(9 months of in-network pre-natal care and a hospital delivery)

- The plan's overall deductible \$500
- Specialist copay \$25
- Hospital (facility) coinsurance 20%
- Other coinsurance 20%

This EXAMPLE event includes services like:

- Specialist office visits (*prenatal care*)
- Childbirth/Delivery Professional Services
- Childbirth/Delivery Facility Services
- Diagnostic tests (*ultrasounds and blood work*)
- Specialist visit (*anesthesia*)

Total Example Cost	\$12,700
---------------------------	-----------------

In this example, Peg would pay:

<u>Cost Sharing</u>	
<u>Deductibles</u>	\$500
<u>Copayments</u>	\$0
<u>Coinsurance</u>	\$2,000
<i>What isn't covered</i>	
Limits or exclusions	\$60
The total Peg would pay is	\$2,560

Managing Joe's type 2 Diabetes
(a year of routine in-network care of a well-controlled condition)

- The plan's overall deductible \$500
- Specialist copay \$25
- Hospital (facility) coinsurance 20%
- Other coinsurance 20%

This EXAMPLE event includes services like:

- Primary care physician office visits (*including disease education*)
- Diagnostic tests (*blood work*)
- Prescription drugs
- Durable medical equipment (*glucose meter*)

Total Example Cost	\$5,600
---------------------------	----------------

In this example, Joe would pay:

<u>Cost Sharing</u>	
<u>Deductibles</u>	\$30
<u>Copayments</u>	\$1,000
<u>Coinsurance</u>	\$20
<i>What isn't covered</i>	
Limits or exclusions	\$20
The total Joe would pay is	\$1,070

Mia's Simple Fracture
(in-network emergency room visit and follow up care)

- The plan's overall deductible \$500
- Specialist copay \$25
- Hospital (facility) coinsurance 20%
- Other coinsurance 20%

This EXAMPLE event includes services like:

- Emergency room care (*including medical supplies*)
- Diagnostic test (*x-ray*)
- Durable medical equipment (*crutches*)
- Rehabilitation services (*physical therapy*)

Total Example Cost	\$2,800
---------------------------	----------------

In this example, Mia would pay:

<u>Cost Sharing</u>	
<u>Deductibles</u>	\$500
<u>Copayments</u>	\$100
<u>Coinsurance</u>	\$400
<i>What isn't covered</i>	
Limits or exclusions	\$0
The total Mia would pay is	\$1,000

Discrimination is Against the Law

Premera Blue Cross (Premera) complies with applicable Federal and Washington state civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, or sexual orientation. Premera does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, or sexual orientation. Premera provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as qualified sign language interpreters and written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats). Premera provides free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other languages. If you need these services, contact the Civil Rights Coordinator. If you believe that Premera has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, or sexual orientation, you can file a grievance with: Civil Rights Coordinator — Complaints and Appeals, PO Box 91102, Seattle, WA 98111, Toll free: 855-332-4535, Fax: 425-918-5592, TTY: 711, Email AppealsDepartmentInquiries@Premera.com. You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, the Civil Rights Coordinator is available to help you. You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Ave SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>. You can also file a civil rights complaint with the Washington State Office of the Insurance Commissioner, electronically through the Office of the Insurance Commissioner Complaint Portal available at <https://www.insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status>, or by phone at 800-562-6900, 360-586-0241 (TDD). Complaint forms are available at <https://fortress.wa.gov/oic/online-services/cc/pub/complaintinformation.aspx>.

Language Assistance

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 800-722-1471 (TTY: 711).

注意: 如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 800-722-1471 (TTY: 711)。

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 800-722-1471 (TTY: 711).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 800-722-1471 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 800-722-1471 (телетайп: 711).

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 800-722-1471 (TTY: 711).

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки.

Телефонуйте за номером 800-722-1471 (телетайп: 711).

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតថ្លៃល្អ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 800-722-1471 (TTY: 711)។

注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。800-722-1471 (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች: በነጻ ሊያገዝዎት ተዘጋጅተዋል: ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 800-722-1471 (መስማት ለተሳናቸው: 711).

XIYYEEFFANNA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 800-722-1471 (TTY: 711).

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 800-722-1471 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

પ્રિખાન સિદ્ધિ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 800-722-1471 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 800-722-1471 (TTY: 711).

ໄປດອາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 800-722-1471 (TTY: 711).

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 800-722-1471 (TTY: 711).

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 800-722-1471 (ATS: 711).

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 800-722-1471 (TTY: 711).

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 800-722-1471 (TTY: 711).

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 800-722-1471 (TTY: 711).

توجه: اگر بہ زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 800-722-1471 (TTY: 711) تماس بگیرید.