

2022-2023

LOCKHART ISD

Beneficios para Empleados



#LISDCHAMPIONS

#LOCKHARTLEADING

#LIONPROUD

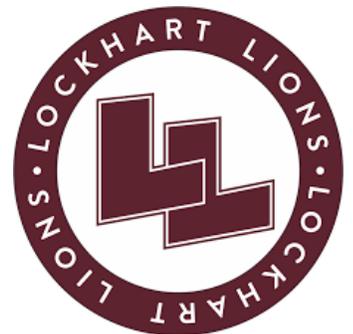
PREGUNTAS?

Professional Enrollment Concepts (PEC) puede ayudar!

Centro de Servicio de Beneficios de PEC: 1-866-337-3572

Lunes - Viernes: 8:00 am - 7:00 pm (CST)

Sábado: 9:00 am - 3:00 pm (CST)



Lockhart ISD utilizará los servicios de Professional Enrollment Concepts (PEC) para nuestra comunicación e inscripción de beneficios este año. Los Consejeros de Beneficios le brindarán una explicación detallada de su programa de beneficios completo. Revisarán sus beneficios con usted de manera individual y confidencial. También podrán analizar cualquier situación personal que pueda tener que pueda afectar su decisión de beneficios.

Cada año, trabajamos para ofrecerles planes de beneficios integrales y competitivos a nuestros empleados. En las siguientes páginas, usted encontrará un resumen de nuestro **plan de beneficios para el año del 2022-2023 (9/1/2022 - 8/31/2023)**. Por favor lea esta guía con atención para ayudarle a tomar sus decisiones correspondientes al Plan del Año que viene.

Sobre Esta Guía de Beneficios

Este Guía de Beneficios describe los aspectos más importantes del programa de beneficios de Lockhart ISD en un lenguaje fácil. En este Guía de Beneficios se incluye información importante sobre cada uno de los planes de beneficios que se le ofrecen a usted y a su familia. Incluye los beneficios pagados por Lockhart ISD, así como los productos voluntarios que puede personalizar para satisfacer sus necesidades individuales.

Recuerde que estas descripciones generales no pretenden proporcionar todos los detalles de los requisitos de estos beneficios. Los Documentos oficiales del Plan prevalecerán si se encuentran inconsistencias entre el Guía de Beneficios y los Documentos oficiales del Plan. Debe tenerse en cuenta que cualquiera de los elementos del programa de beneficios de Lockhart ISD puede ser modificado en cualquier momento en el futuro para cumplir las reglas del Servicio de Impuestos Internos, o de otra manera, según lo decida Lockhart ISD.

Cómo Inscribirse

Este año tiene la opción de inscribirse o renunciar a sus beneficios contactando a uno de nuestros Consejeros de Beneficios en el Centro de Servicios de Beneficios. Ellos podrán proporcionarle información adicional con respecto a sus beneficios y ayudarle a completar su proceso de inscripción.

Si tiene una FSA o DCA, debe volver a inscribirse en estos planes o su elección actual será eliminada para el nuevo año del plan.

Antes de hablar con un Consejero de Beneficios, por favor tenga lista la siguiente información: nombres de los dependientes, fechas de nacimiento, números de seguro social, direcciones, y números de teléfono.

Centro de Servicios de Beneficios: (866) 337-3572

Lunes - Viernes: 8:00 am - 7:00 pm (CST)

Sábado: 9:00 am - 3:00 pm (CST)

Tabla de Contenido

Elegibilidad.....	4
Médico.....	6
FSA.....	17
Visión.....	20
Dental.....	21
Vida Básica y AD&D.....	23
Vida a Término Voluntario	23
Plan de Servicios de TravelAid	23
Programa de Asistencia al Empleado (EAP)	24
Vida Universal.....	25
Accidente	26
Enfermedad Crítica	27
Indemnización Hospitalaria	28
Cáncer	29
Beneficio de Matrícula Universitaria	30
Incapacidad	31
SafetyNets.....	32
403(b)	34
Avisos	35
Directorio	51



Elegibilidad

Elegibilidad de Empleado

La cobertura de seguro médico de grupo está disponible para todos los empleados que trabajan 30 o más horas por semana. El año del plan de seguro es del 1 de Septiembre al 31 de Agosto de cada año.

Fechas Efectivas de Cobertura

Para que la cobertura de un empleado entre en vigor, el empleado debe llamar al Centro de Servicios de Beneficios para obtener cobertura para el empleado y cualquier dependiente elegible dentro de los 31 días posteriores a la fecha de contratación. Su cobertura entrará en vigencia el primer día del mes siguiente a la fecha de su contratación.

Dependientes Elegibles

Si solicita cobertura, puede incluir sus dependientes. Todos los empleados deben asegurarse de que solo los miembros de la familia que cumplan con los siguientes requisitos estén inscritos en el seguro y los programas de beneficios de atención médica de Lockhart ISD.

Los dependientes elegibles incluyen uno o más de los siguientes:

- Su cónyuge
- Un hijo menor de 26 años
- Un niño de cualquier edad que esté médicamente certificado como discapacitado y que dependa de uno de los padres para recibir apoyo y mantenimiento.

Hijo significa:

- Su hijo natural; o
- Su hijo adoptado legalmente, incluyendo a un niño por el cual el participante es parte en una demanda en la que se busca la adopción del niño; o
- Su hijastro; o
- Un hijo de su hijo que sea su dependiente para fines del impuesto federal al momento de la solicitud de cobertura del hijo de su hijo; o
- Un niño por el cual un Participante ha recibido una orden judicial que exige que el Participante tenga la responsabilidad financiera de proporcionar un seguro de salud; o
- Un niño no mencionado anteriormente:
 - Cuya residencia principal es su hogar; y
 - A quién es guardián legal o pariente por consanguinidad o matrimonio; y
 - Quién es dependiente de usted por más de la mitad de su manutención según lo define el Código de Rentas Internas de los Estados Unidos.

Elegibilidad

Cambios de Estado

Información Importante Sobre los Cambios de Estado

- Los empleados pagan sus beneficios antes de impuestos. Como resultado, el Servicio de Rentas Internas no permitirá que un empleado cambie sus elecciones durante el año a menos que el empleado experimente un **evento calificador**.

Los eventos Calificantes incluyen:

- Matrimonio, divorcio o separación legal
 - Nacimiento o adopción de un niño
 - Ganancia o pérdida de cobertura a través del empleador del cónyuge del empleado
 - Ganancia o pérdida del trabajo de su cónyuge
 - El hijo del empleado gana o pierde su estado de elegibilidad; y/o
 - Muerte de un dependiente, cónyuge o hijo
- Un empleado debe cambiar su cobertura dentro de los 31 días de calendario a partir de la fecha del evento calificado.
 - Un empleado debe asegurarse de que el cambio en la cobertura sea consistente con el cambio de estado. Por ejemplo, si el empleado se casa, tiene 31 días de calendario para inscribir al nuevo cónyuge o cancelar la cobertura si el empleado se agregará al plan del cónyuge.





SERVICIOS MÉDICOS

LION CARE

Where the benefits come to ROARRR!

¿Por qué Lion Care?

En un plan auto-financiado, en vez de que sus primas mensuales vayan a los portadores principales como TRS, sus primas y las contribuciones hechas por Lockhart ISD van a una cuenta del cuidado de la salud mantenida por Lockhart ISD. Lockhart ISD entonces actuará como un portador Mayor y pagará sus reclamos de esa cuenta. Lo que hace esto innovador para usted y Lockhart ISD es que al final del año, cualquier prima sobrante que no se gaste en reclamaciones se quedará con el distrito. Los fondos que se quedan con el distrito pueden ser puestos de nuevo en el plan para el año siguiente, permitiendo aún más ahorros. Las principales compañías de seguros suelen quedarse con estas primas sobrantes como beneficio.

Las primas fijas de un plan de seguro a todo riesgo son como el pago de la televisión por cable, no importa cuántas horas y canales veas o no, sigues pagando la misma factura cada mes.

Un plan de autofinanciación funciona más bien como su factura de la luz. Pagarás algunos costes fijos, pero el resto lo determina tu consumo.

Lockhart ISD se enorgullece de ofrecer un programa que tiene un ¡Corazón de cerradura para la gente!



Médico

Kempton

Planes Médicos Vigentes: Septiembre 1, 2022 - Agosto 31, 2023

El programa médico, administrado por Kempton, proporciona el marco para su salud y bienestar. Para satisfacer mejor las diferentes necesidades de nuestros empleados, Lockhart ISD ofrece el siguiente plan médico.

Beneficio (por año natural)	Plan Médico
Deducible	
Dentro de la Red (Individual/Familiar)	\$500/\$1,000
Fuera de la Red (Individual/Familiar)	\$500/\$1,000
Máximo de Gastos de Bolsillo	
Dentro de la Red (Individual/Familiar)	\$4,000/\$8,000
Fuera de la Red (Individual/Familiar)	\$4,000/\$8,000
Máximo Anual	Ilimitado
Coseguro (el participante paga)	
Dentro de la Red	20%
Fuera de la Red	20%
Visita al Consultorio de Cuidados Preventivos	Sin coste
Visita al Consultorio de Atención Primaria	\$15 copago
Visita al Consultorio del Especialista	\$15 copago
Atención Urgente	\$50 copago
Sala de Emergencias	\$400
Servicios de Hospitalización	20% después del deducible
Servicios de Diagnóstico de Rayos X y Laboratorio para Pacientes Externos (en el consultorio - \$0 de copago)	100% exención al deducible
Laboratorio Principal - MRI, PET Scan, CAT Scan	20% después del deducible
Beneficios Mejorados	100% exención al deducible
Visita al Consultorio de Salud Mental (dentro de la red)	\$30 copago
Medicamentos de Prescripción	
Pedidos Minoristas (30 días) / Pedidos por Correo (90 días)	
Nivel 1	\$0
Nivel 2	\$30
Especialidad	\$200
Pedido por Correo RX - Suministro de 90 días	3X
Máximo de Desembolso de Medicamentos Recetados	
Individual/Familiar	\$1,450/\$2,900
	Si ha alcanzado el máximo de su bolsillo, no hay copago

Deducciones Mensuales del Plan Médico

Nivel de Cobertura	Plan Médico
Empleado	\$0.00
Empleado + Cónyuge	\$691.00
Empleado + Hijo(s)	\$302.00
Familia	\$886.00



SERVICIOS MÉDICOS

Beneficios Médicos y Prescripciones



Your PPO network is **HealthSmart Physician and Ancillary Only**, used for physicians & free-standing facilities, such as surgery centers, imaging centers, etc.

100% Benefits Available

Office Visits Urgent Care	\$15 \$50
Deductible (individual/family)	\$500 / \$1,000
Out-of-Pocket Max (individual/family)	\$4,000 / \$8,000
Emergency Room	\$400 - Emergency Room Copay
First Choice Pharmacy 30-day supply	All Generic - \$0 Name Brand - \$50 Preferred Name Brand - \$50 Specialty Medications - \$200
Premier Drug Tier	Get select medications for FREE!

Southern Scripts
SouthernScripts.net
800-710-9341

First Choice Pharmacy
CVS, HEB, & More!

Walgreens & Costco are non-covered.

Retail Generic \$0 | 30-Day Generic
Retail Name Brand \$30 | 30-Day Name Brand

Maintenance Medication \$0 | 90-Day Generic
Provided through Postal Prescriptions or your local pharmacy. **\$125 | 90-Day Name Brand**

Specialty Medication **\$200 | Specialty Medication**
Use of CRx Specialty Pharmacy is mandatory. Check to qualify for Variable Copay! Rx Specialty Pharmacy accesses the best available drug prices and manufacturer coupons to significantly reduce ALL medications' cost!

Premier Drug Tier - 100% Benefit
Receive specific prescriptions and over-the-counter medications for **FREE!**
Contact a Southern Scripts representative for more information.
800-710-9341

Para saber más: Póngase en contacto con un asesor de Kempton Care (800) 324-9396



¡Bienvenido!

Identificación de miembro
KABC501234

Empleador
Nombre del empleador

Su conexión a beneficios, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana



Revise sus datos personales y beneficios médicos desde la privacidad de su hogar o mientras viaja.



Vea el estado de los reclamos, el historial de reclamos y la Explicación sobre las beneficios.



¡Formule preguntas, verifique la cobertura y más!



Vea saldos de deducibles y gastos de bolsillo. Descargue los detalles en un archivo CSV.



Imprima una tarjeta de identificación temporal y solicite una nueva tarjeta de identificación.



Vea preguntas frecuentes, folletos, detalles del plan, beneficios y formularios.

¡Crear su cuenta es simple!

1. Visite www.kemptongroup.com
2. Elija el botón "Member o Miembro"
3. Haga clic en "Create a New Login o Crear un nuevo acceso"
4. Siga los sencillos pasos en su pantalla.

* Use su tarjeta de identificación de miembro para ayudarlo a responder las preguntas.

¿Necesita ayuda o tiene preguntas?

Llámenos al (800) 324-9396





SERVICIOS MÉDICOS

FACIL COMO 1-2-GRATIS!

Cuando elige KPPFree™, su servicio médico está cubierto al 100%, ¡sin costo para usted! Con más de 200 ubicaciones de proveedores, y miles de procedimientos, pruebas, imágenes y otros servicios, ¡usar KPPFree™ es una opción fácil!



Llámanos llame a nuestro equipo de Kempton Care Advocate al (866) 898-7219 para averiguar si su procedimiento está disponible a través de KPPFree™, discuta sus beneficios y vea si usar KPPFree™ es su mejor opción.



Nuestro equipo le asistirá en cada paso del camino. Recuerde, los gastos de viaje razonables se pueden reembolsar, incluido el hotel, el kilometraje, etc.



Después de programar su cita, se le proporcionará un cupón KPPFree™ para que lo presente al proveedor en el momento del servicio.

Servicios Disponibles

Hay miles de servicios médicos que pueden realizarse a través del programa KPPFree™.

Ejemplos de servicios disponibles:

- General Surgeries
- Diagnostic Imaging
- Orthopedics
- Gastrointestinal
- Ear, Nose, & Throat
- Cardiac
- Oncology
- Gynecological
- Ophthalmological/Ocular
- Kidney
- Sleep Disorders

¡No olvide sus servicios preventivos!

Muchas de sus evaluaciones preventivas se pueden realizar a través del programa KPPFree™. Si se encuentra un diagnóstico, puede estar seguro de que no recibirá facturas sorpresa y podrá recibir tratamiento del mismo proveedor de alto valor.

KPPFree™ Localizaciones



¿No tiene una opción de KPPFree™ cerca de usted o quiere usar a su proveedor médico actual? ¡Pregúntenos acerca de cómo cualquier proveedor puede "igualar el precio" y recibir un reembolso al 100% con un Acuerdo de precio en efectivo!

KPPFree™ Ahorros

Los proveedores de KPPFree™ cobran un 50-80% menos que un proveedor de red tradicional. Desde 2011, nuestros clientes han ahorrado \$61 millones en descuentos de la red, al tiempo que reducen o eliminan los costos de desembolso de los participantes.

Aprender más:

Llámenos al (866) 898-7219 o visítanos KPPFree.com

*KPPFree™ solo está disponible para servicios cubiertos. Si un participante tiene otro seguro primario, es posible que el beneficio no esté disponible. No existe una garantía implícita en cuanto a la calidad de la atención que puede prestar cualquier proveedor. Según las pautas del IRS, excepto los Servicios Preventivos exigidos por la ACA, los participantes inscritos en un Plan de Salud Calificado de Deducible Alto deben cumplir con su deducible antes de recibir un beneficio del 100%. © 2019 todos los derechos reservados. KPPFree, Premier Providers y Kempton Premier Providers son marcas comerciales de The Kempton Group Administrators, Inc.



HABLAR CON SU MÉDICO...

KPPFree™ es un nuevo tipo de beneficio mejorado, lo que significa que su médico actual puede no estar familiarizado con el proceso.

Aquí hay algunos puntos de discusión y una hoja de trabajo para ayudarlo a discutir el programa y obtener la información que necesita.

Si está inscrito en un plan de salud calificado con alto deducible o tiene otro seguro primario, revise la información incluida al final de esta página y la descripción resumida de su plan.

Puntos de Conversación...

- "Estoy inscrito en un plan autofinanciado y soy consciente de los costos."
- "Tengo un beneficio mejorado que reduce o elimina mis costos de bolsillo".*
- "Si se trata de una prueba o procedimiento de diagnóstico, necesitaré una copia de las órdenes del médico para comenzar el proceso KPPFree™."
- "¿Puede decirme el tipo exacto de cirugía o procedimiento que necesito?"
- "¿Cuál es el nombre o el código CPT para este procedimiento?"

Pregúntele a su Médico...

¿Qué tipo de procedimiento necesito?

Imagen Prueba de diagnóstico Cirugía Otro: _____

¿Se requieren órdenes médicas para este procedimiento? Si es así, ¿me proporcionará una copia de los pedidos para que pueda comenzar el proceso?

Las órdenes del médico son necesarias para procedimientos de naturaleza diagnóstica.

Sí, son obligatorios y he recibido una copia No, no son obligatorios

¿Cuál es el nombre exacto del procedimiento o los códigos CPT?

Los códigos de CPT se usan para describir los procedimientos o servicios que un paciente necesita recibir. Se puede utilizar más de un código.

Nombre del Procedimiento: _____

Codigo CPT 1: _____ Codigo CPT 2: _____ Codigo CPT 3: _____

¿Cuál es el nivel de urgencia

El programa KPPFree™ está destinado a procedimientos voluntarios y electivos que no son de naturaleza urgente. Si su servicio médico es urgente o urgente, le recomendamos que considere usar los beneficios regulares del plan.

No sensible al tiempo Tiempo sensible; no urgente Urgente; considere usar los beneficios regulares del plan

24-48 HORAS ANTES DE LA CITA

24-48 horas antes de su cita, confirme que recibió la siguiente información.

- | | | |
|--|---|---|
| ¿He recibido e impreso mi cupón KPPFree™? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Si no ha recibido su Vale, llame a nuestros representantes de Kempton al (800) 324-9396, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. CST. |
| ¿Conozco la ubicación de mi cita? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Confirme la ubicación de su cita con el proveedor de KPPFree™. Por ejemplo, su consulta puede programarse en un lugar diferente a su procedimiento. |
| Estoy viajando, ¿tengo los detalles y la información de reserva? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Si no ha recibido esta información, llame a nuestros representantes de Kempton al (800) 324-9396, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. CST. |

DESPUÉS DE SU PROCEDIMIENTO

Consulte con su proveedor de KPPFree™ para saber si necesitará atención o servicios de seguimiento y comuníquese con nosotros para revisar el beneficio disponible.

- | | | |
|--|---|--|
| ¿Necesito atención postoperatoria o citas de seguimiento? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Las citas postoperatorias o de seguimiento pueden no estar incluidas en KPPFree™ y pueden estar cubiertas por los beneficios regulares del plan. |
| ¿Necesito algún equipo médico duradero? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | El Equipo médico duradero (DME), como muletas, andadores y otro equipo recetado por su cirujano, puede no estar incluido para su procedimiento específico bajo el beneficio KPPFree™ y puede estar cubierto por los beneficios regulares del plan. |
| ¿Necesito fisioterapia? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Es posible que la fisioterapia no esté incluida para su procedimiento específico bajo el beneficio de KPPFree™ y puede estar cubierta por los beneficios regulares del plan. Nuestros representantes de Kempton pueden ayudarlo a encontrar el mejor beneficio para la fisioterapia. |
| ¿Necesito alguna otra atención continua o servicios médicos? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Estos servicios pueden no estar incluidos para su procedimiento específico bajo el beneficio KPPFree™ y pueden estar cubiertos por los beneficios regulares del plan. Nuestros representantes de Kempton pueden ayudarlo a encontrar el mejor beneficio. |

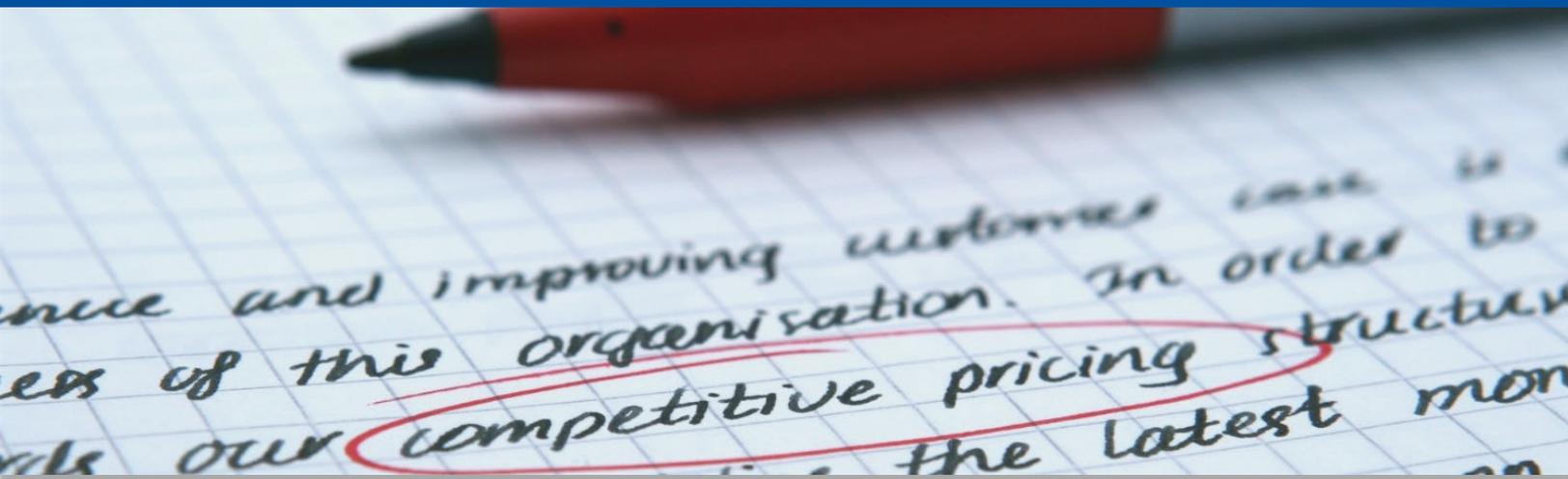
*KPPFree™ solo está disponible para servicios cubiertos. Si un participante tiene otro seguro primario, es posible que el beneficio no esté disponible. No existe una garantía implícita en cuanto a la calidad de la atención que puede prestar cualquier proveedor. Según las pautas del IRS, excepto los Servicios Preventivos exigidos por la ACA, los participantes inscritos en un Plan de Salud Calificado de Deducible Alto deben cumplir con su deducible antes de recibir un beneficio del 100%. © 2019 todos los derechos reservados. KPPFree, Premier Providers y Kempton Premier Providers son marcas comerciales de The Kempton Group Administrators, Inc.



SERVICIOS MÉDICOS



ACUERDO DE PRECIO EN EFECTIVO



AHORRE DINERO CON UN ACUERDO DE PRECIO EN EFECTIVO!

Hable con su proveedor acerca de igualar el precio de KPPFree™ para que puedan ¡se le reembolsará al 100% y no tendrá ningún costo de desembolso! *



Llame a Kempton para averiguar si su servicio médico está disponible a través del programa KPPFree™, discuta sus beneficios y vea si un Acuerdo de precio en efectivo es su mejor opción.



Hable con su proveedor sobre el beneficio mejorado disponible para usted si está de acuerdo en **igualar** o aproximar el precio combinado de KPPFree™.



Recuerde, todos los servicios requeridos para el servicio o procedimiento están **agrupados** bajo KPPFree™. Estos mismos servicios también deben **incluirse** en la oferta de su proveedor



El **Kempton Care Advocate** le proporcionará un Acuerdo de precio en efectivo. ¡Si su proveedor firma el CPA, su procedimiento estará **cubierto** por el beneficio KPPFree™!



Si tiene preguntas o desea obtener más información, llámenos al **(866) 898-7219** o visítenos en línea en www.kppfree.com.



FREQUENTLY ASKED QUESTIONS

What is KPPFree™?

KPPFree™ is a program that encourages self-funded employers to work directly with medical providers who believe in charging a fair price for high quality care.

Under KPPFree™, you can receive high quality care at an enhanced benefit, often with no out-of-pocket cost.* To encourage you to use this benefit, reasonable travel expenses are included.

Providers who are part of KPPFree™ are paid quickly, often at 100%.* They are reimbursed from a simple invoice rather than filing a claim through the PPO network.

What services are available through KPPFree™?

Medical services available through KPPFree™ are non-emergency procedures such as surgeries, tests, and diagnostic imaging. The up-front transparent prices for KPPFree™ services are bundled. This means the price includes all relevant items, such as surgeon, facility, and anesthesia.

What is a KPPFree™ Cash Price Agreement?

A KPPFree™ Cash Price Agreement enables participants to get the same enhanced KPPFree™ benefit with the medical provider they choose.

If your provider agrees to match, or closely approximate, the *bundled* price of a current KPPFree™ provider for a particular service or procedure, it can be covered under the KPPFree™ benefit.

All services required for the service or procedure are bundled under KPPFree™. These same services must also be included in the Cash Price Agreement.

Is a KPPFree™ Cash Price Agreement the best option for me?

Cash Price Agreements are consumer-driven. This means that you, as a smart consumer, are responsible for working with your provider(s) independently, and “owning” the process.

The relationship you have with your provider is very important to this process. There is a much higher possibility of success when the patient, you, leads the discussion.

However, this process is not for everyone.

If you are uncomfortable having this discussion with your provider, or you do not want to devote the time to the process, this option is not a good fit for you.

For medical issues that are urgent or time sensitive, we recommend using a current KPPFree™ provider, or your regular plan benefits for care.

Even if a Cash Price Agreement is not the best option for you, the enhanced benefit is still available by choosing a current KPPFree™ provider. You may also choose to use the regular plan benefits available to you.

Are all providers willing to do a KPPFree™ Cash Price Agreement?

No. Not all providers are willing, or able, to participate in this option.

If your provider is not willing or able to sign a Cash Price Agreement, you still have an enhanced benefit available if you choose to use a current KPPFree™ provider. You may also choose to use the regular plan benefits available to you.

What is the process?

1. Call the Kempton Care Advocates to find out if your medical service is available through the KPPFree™ program and discuss whether a Cash Price Agreement is your best option.
2. Talk to your provider about the enhanced benefit available to you. If they are willing to match, or closely approximate, the KPPFree™ bundled price, you can request a Cash Price Agreement to share with them.
3. The Kempton Care Advocate will provide you with a Cash Price Agreement to present to your provider for them to sign.
4. Once your provider has signed the agreement return it to the Kempton Care Advocate for review.
5. After the agreement is reviewed, and our team confirms that all necessary services are included in the bundled price, the Kempton Care Advocate will send an executed copy of the agreement to you.
6. Once the process is complete, you may schedule your appointment and your medical services will be covered under the enhanced KPPFree™ benefit!

Talking Points

- “How much will this treatment cost? I would like to know what the total cost will be, not just my out-of-pocket cost.”
- “My health plan is self-funded. I want to keep costs in mind when I am making this decision.”
- “I have an enhanced benefit that saves me significant money on my out-of-pocket costs.”
- “We have the option of working together so that I can still have my out-of-pocket costs reduced or waived, while not having to use a different provider.”
- If you are willing to work with me and match the bundled price of a provider who participates in KPPFree™, I get the enhanced benefit, but there are also benefits for you too. Can we discuss this option?”

Have Questions?

For assistance please call our Kempton Care Advocates at **(800) 324-9396**, Monday – Friday 8:00 a.m. - 5:00 p.m. CST.



SERVICIOS MÉDICOS

Procesamiento de la información

Número de grupo: **Consulte su tarjeta de identificación de miembro**
 Formato de identificación del titular de la tarjeta: **Consulte su tarjeta de identificación de miembro**
 Número BIN: **015433**
 PCN: **SSN (Southern Scripts Network, no número SSN)**
 PBM: **Southern Scripts**

Información de contacto

Soporte disponible 24/7/365

Horario de atención

Lunes a viernes
de 6:00 a.m. a 10:00 p.m. CST
Sábado
de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. CST
Domingo
de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. CST

Contacto

Llamada gratuita: (800) 710-9341
 Fax: (318) 214-4190
 Página web: southernscripts.net



Localizador de farmacias FirstChoice™:
southernscripts.net/members

FirstChoice™ es la red de farmacias preferida de Southern Scripts, que ofrece acceso a costos reducidos de recetas en farmacias participantes FirstChoice™ en todo el país. Una farmacia participante de FirstChoice™ ofrece, en promedio, un costo menor de los medicamentos para medicamentos cubiertos que una farmacia estándar (no preferida). FirstChoice™ consta de farmacias independientes (locales/comunitarias) y minoristas (nacionales/regionales).

Las farmacias participantes de FirstChoice™ también ofrecen el beneficio adicional de surtir un suministro de medicamentos para 90 días.

Visite southernscripts.net/members y seleccione **Network Pharmacy Locator** (Localizador de farmacias de la red) en el panel de navegación de la izquierda

ENCUENTRE UNA FARMACIA	ENCUENTRE UNA FARMACIA DE PEDIDOS POR CORREO
1. Seleccione Find a Pharmacy (encontrar una farmacia)	1. Seleccione Find Your Mail Order Pharmacy (Encuentre su farmacia de pedidos por correo)
2. Ingrese su Zip Code (código postal)	2. Seleccione Find Your Member Page (Encuentre su página de miembro) en el panel de navegación de la izquierda
3. El número Bin de Southern Scripts es 015433	3. Introduzca Group Number (Número de grupo) que se encuentra en su tarjeta del seguro/Rx
4. Introduzca Group Code (Código de grupo) (ubicado en su tarjeta del seguro/Rx)	4. Seleccione View Member Page (Ver página de miembro)
5. Seleccione Search (Buscar) para ver los resultados de farmacias según el radio de su código postal	5. Seleccione el hipervínculo del ícono de Mail Order Pharmacy (Farmacia de pedidos por correo)

-  La farmacia está contratada como farmacia FirstChoice™.
-  La farmacia está contratada para medicamentos de especialidad
-  La farmacia está contratada para vacunas

Las farmacias que no participan en la red de farmacias FirstChoice™ no pueden dispensar medicamentos para 90 días. Los medicamentos de especialidad están limitados a un suministro de 30 días.



Es fácil transferir sus recetas a una farmacia.

Comuníquese con su nueva farmacia participante

Informe a su nueva farmacia participante que desea transferir las recetas desde su antigua farmacia. Necesitará el nombre, la concentración y el número de receta de cada receta, así como el número de teléfono de su antigua farmacia. Puede hacer esto llamando, visitando la nueva farmacia en persona o, si su nueva farmacia ofrece la tecnología adecuada, utilizando servicios en línea como un sitio web o una aplicación móvil.

¿Qué información necesitará la farmacia para facilitar la transferencia?

Su nueva farmacia necesitará la información de su seguro médico y quizá alguna información personal. Normalmente, su nueva farmacia solicitará lo siguiente:

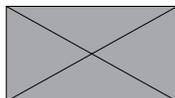
- Tarjeta del seguro de salud
- Dirección
- Nombre y apellido
- Número de teléfono
- Fecha de nacimiento
- Posibles alergias que pueda tener

¿Cuánto tiempo llevará completar la transferencia?

El tiempo que necesita su nueva farmacia puede depender de la cantidad de recetas que deba transferir; posiblemente de 1 a 3 días hábiles. Cuando llegue el momento de retirar su(s) receta(s), traiga su tarjeta de seguro a la farmacia.

Información sobre pedidos por correo

Servicios de Prescripción Postal



Nombre: **Servicios de Prescripción Postal**

NPI (National Provider Identifier, Identificador Nacional de Proveedor): **1528003910**

Horario de atención

Lunes a viernes

de 6:00 a.m. a 6:00 p.m. PST

Sábado

de 9:00 a.m. a 2:00 p.m. PST

Contacto

Llamada gratuita: (800) 552-6694

Página web: [ppsrx.com](https://www.ppsrx.com)

Preguntas frecuentes para servicios de prescripción postal

<https://www.ppsrx.com/health/pharmacy/pps-faqs>

Sobre PPS

<https://www.ppsrx.com/health/pharmacy/about-pps>

Preguntas frecuentes sobre la cuenta

Visite <https://www.ppsrx.com/health/pharmacy/pps-faqs>

Preguntas frecuentes sobre resurtidos

<https://www.ppsrx.com/health/pharmacy/pps-refill-faq>

Centro de ayuda PPS

<https://www.ppsrx.com/hc/help>



SERVICIOS MÉDICOS

Herramienta de comprobación de precios

southernscripts.net/members



La farmacia está contratada como farmacia FirstChoice™



La farmacia está contratada para medicamentos de especialidad



La farmacia está contratada para vacunas

La herramienta de comprobación de precios de medicamentos permite a los miembros fijar el precio de sus medicamentos recetados en cualquier farmacia en pocos y simples pasos. Para acceder a la herramienta de precios de medicamentos, siga las siguientes instrucciones. *Quienes son usuarios por primera vez deben crear una cuenta siguiendo el enlace de la página del Portal de miembros.*

1. Visite **southernscripts.net/members**
2. Seleccione **Member Portal** (Portal para miembros) en el panel de navegación de la izquierda
3. Inicie sesión en el **Pharmacy Benefits Portal** (Portal de Beneficios de Farmacia)
4. Seleccione **Pharmacy Locator** (Localizador de farmacias) en la navegación superior
5. Ingrese el **Zip Code** (Código postal)
6. Seleccione **Search Radius** (Radio de búsqueda)
7. Localice la farmacia que desee y seleccione la opción **Price Check** (Comprobar precios) (Consulte la leyenda de la izquierda para ver los detalles de la farmacia)
8. Introduzca el **drug name** (nombre del medicamento), **quantity** (cantidad deseada) y **days supply** (días de suministro) de este
9. Seleccione **Search** (Buscar)

Nota: la herramienta de comprobación de precios es únicamente una estimación del precio de su medicamento, ya que el mercado farmacéutico está en permanente evolución. El precio está sujeto a cambios y podría variar dependiendo del medicamento que se esté surtiendo en la farmacia. No incluye impuestos.

¿Qué es Variable Copay™?



Desbloquee **GRANDES AHORROS** en sus medicamentos de marca y especialidad. Variable Copay™ utiliza cupones proporcionados por el fabricante para reducir significativamente el costo de los medicamentos de marca y de especialidad elegibles de alto costo. Con Variable Copay™, sus costos de desembolso personal por medicamentos recetados podrían reducirse o eliminarse mediante un cupón del fabricante de medicamentos.

Sus medicamentos llegarán a la puerta de su casa mensualmente a través de un servicio de mensajería (UPS, FedEx, DHL), aproximadamente de 5 a 7 días antes de que se completen sus medicamentos actuales. Una farmacia de la red Variable Copay™ se comunicará con usted cada mes para recordarle su envío y verificar la dirección.

Variable Copay™ requiere inscripción. Inscribirse en Variable Copay™ es rápido y simple. Llame al (833) 439-9617 para hablar con un conserje especializado de Variable Copay™. La inscripción también está disponible dentro de la aplicación móvil Southern Scripts.

¿Qué pasaría si pudieras ahorrar un 30% en tus gastos de salud?

Salud FSA

Independientemente de la opción de plan de salud que elija, lo más probable es que usted y su familia incurran en costos de bolsillo este año del plan, en forma de deducibles, copagos, coaseguros, etc. Los dólares de la Health FSA se pueden usar para pagar estos gastos para usted, su cónyuge e hijos (hasta los 27 años de edad). Usted puede elegir contribuir hasta el máximo de \$2,750 por año del plan y son todos dólares protegidos de impuestos. La mejor parte es – **hasta \$500 reinversiones al nuevo año del plan si usted no lo usa. Usted debe inscribirse en la FSA para aprovechar este beneficio de reinversión.** Y debido a que la Health FSA está pre-financiada, toda su elección anual está disponible para su uso el primer día del año del plan.

Consejos Útiles:

- » **Conozca su cobertura.** Cada plan de salud tendrá costos de bolsillo en forma de deducibles, copagos y coseguros.
- » **Considere su presupuesto y sus metas financieras.** Asegúrese de que sus contribuciones encajen en sus finanzas personales generales. Pregúntese cuántas visitas al consultorio, recetas, especialistas, laboratorios y otros procedimientos es probable que usted o su familia necesiten.
- » **Tenga en cuenta las compras mayores.** Consulte los costos promedio de los principales tratamientos o procedimientos planeados.
- » **Mire hacia atrás a los años anteriores.** Sus gastos del año anterior pueden darle una idea de cuánto es probable que gaste este año.

Es hora de volver a tomar esas decisiones:

- » Independientemente del plan de seguro médico que elija, es probable que tenga que pagar de su bolsillo. Una FSA le permite estirar sus dólares de atención médica en un promedio del 30% utilizando fondos antes de impuestos.
- » Ponga la cantidad "correcta" de dinero en su cuenta. Considere sus metas financieras, sus probables necesidades de gasto y sus limitaciones de presupuesto.

Cuidado de Dependientes FSA

Lo máximo que puede reservar es \$5,000 si es soltero o casado y presenta la declaración en conjunto o \$2,500 si es casado y presenta la declaración por separado. La persona cuyos gastos está reclamando debe ser

- su hijo menor de 13 años que reúna los requisitos y que comparta la misma residencia con usted; o
- su cónyuge o hijo calificado o pariente calificado que es física o mentalmente incapaz de cuidar de sí mismo que comparte la misma residencia con usted y tiene ingresos inferiores a la cantidad de exención federal.

Debe hacer una nueva elección cada año!

Si tiene una FSA o DCA debe volver a inscribirse en estos planes o su elección actual será eliminada para el nuevo año del plan.

Administre su cuenta sobre la marcha!

PROFICIENTTM connect



Regístrese hoy mismo!

Visite www.proficientbenefits.com

Haga clic en *Login (Iniciar sesión)*

Seleccione *Proficient Connect (Conexión Competente)*

Haga clic en *Register (Registrarse)*

- » **Paso Uno** - Completar el formulario de inscripción
 - Elija un nombre de usuario y una contraseña
 - Ingrese su información demográfica
 - Use el número de identificación del empleador: **SASLOCK** cuando se le pida el ID de registro
 - Su identificación de empleado es su número de Seguro Social sin guiones ni espacios.
- » **Paso Dos** - Seleccione 4 preguntas de seguridad
- » **Paso Tres** - Confirmar la dirección de correo electrónico
- » **Paso Cuatro** - Revise y confirme la información de registro y las preguntas de seguridad. *Es posible que desee imprimir sus preguntas de seguridad para futuras consultas.*

Características



Una única experiencia digital – experiencia de visualización óptima en todos los navegadores y dispositivos, incluidas las pantallas táctiles



Contenido personalizado – los recursos y los mensajes se adaptan a sus preferencias individuales y a la configuración de su cuenta



Detalles completos de la cuenta al alcance de su mano – acceso intuitivo en línea a los detalles del plan, saldos de cuentas e historial de transacciones (incluidos los años anteriores)



Comodidad de autoservicio – compruebe los saldos, envíe reclamaciones y documentación de recibos, pague facturas, administre inversiones y mucho más.



Herramientas integrales de apoyo a la toma de decisiones – herramientas educativas e interactivas que le ayudarán a tomar decisiones críticas de gasto y ahorro a lo largo del año del plan



Comunicación cuando lo necesitas – gestiona tus preferencias, con acceso a más de 25 alertas para mantenerte conectado a tu cuenta



Servicios y ofertas de valor agregado – para ayudarle a obtener el máximo valor de su dinero para el cuidado de la salud

La aplicación móvil Proficient Connect proporciona la máxima comodidad y acceso 24 horas al día, 7 días a la semana, directamente desde su tableta o dispositivo móvil.

Regístrese hoy mismo!

Descargar y abrir la aplicación Proficient Connect
Haga clic en *Register (Registrarse)*

- » **Paso Uno** - Completar el formulario de inscripción
 - Seleccione un nombre de usuario
 - Crear y confirmar la contraseña
 - Use el número de identificación del empleador: **SASLOCK** cuando se le pida el ID de registro
 - Su identificación de empleado es su número de Seguro Social sin guiones ni espacios.
- » **Paso Dos** - Seleccione 4 preguntas de seguridad
- » **Paso Tres** - Confirmar la dirección de correo electrónico
- » **Paso Cuatro** - Revise y confirme la información de registro y las preguntas de seguridad.

Nota: Si su dispositivo utiliza tecnología de acceso de reconocimiento táctil o facial, puede optar por habilitarlos para acceder a Proficient Connect Mobile (Touch ID y Face ID para dispositivos Apple, o Fingerprint Access para dispositivos Android). Estas opciones pueden ser cambiadas y desactivadas en cualquier momento a través de la pantalla 'Ajustes'.



Características



Pregúntele a Emma – la primera asistente inteligente activada por voz de la industria que le proporciona respuestas a las preguntas que pueda tener sobre su cuenta de beneficios



Acceda a sus cuentas – compruebe los saldos, vea el historial de transacciones y mucho más



Gestione las reclamaciones – envíe nuevas reclamaciones, cargue los recibos y compruebe el estado de las mismas



Escáner de elegibilidad – compruebe la elegibilidad de un artículo



Tarjetas de acceso – administre los detalles de las tarjetas, acceda a su PIN e inicie el reemplazo de tarjetas perdidas o robadas



Recibir alertas – ver mensajes importantes de la cuenta



Actualizar tu perfil – actualiza la información personal, incluidos tu correo electrónico y tu teléfono móvil



SALUD Y BIENESTAR

Visión

Guardian - VSP

Su salud de visión es una parte importante del bienestar completo. Guardian se complace en presentarle sus beneficios de visión que están diseñados para brindarle a usted y a los miembros cubiertos de su familia la atención, el valor y el servicio necesarios para ayudar a mantener una buena visión y una salud general.

Límites de Edad para Dependientes: A los 26 años | **Períodos de Espera:** Ninguna

Beneficio	Plan de Visión	
	En Red	Fuera de la Red (antes del copago)
Examen (una vez cada año de calendario)	\$10 copago	Hasta \$39
Lentes (una vez cada año de calendario)		
Vision Singular	\$25 copago	Hasta \$23
Bifocal	\$25 copago	Hasta \$37
Trifocal	\$25 copago	Hasta \$49
Lenticular	\$25 copago	Hasta \$64
Lentes de Contactos* (una vez cada año de calendario)		
Medicamento Necesario	Cubierto después del copago	Hasta \$210
Electivo	Hasta \$130 (copago exento)	Hasta \$100 (copago exento)
Montaje y Evaluación	Miembro paga hasta \$60, 15% de descuento en la tarifa	Incluido en el dinero de bolsillo de lentes de contacto
Marcos (una vez cada año de calendario)	Hasta \$130 al por menor + 20% de descuento en el saldo	Hasta \$46
Deducciones de Plan de Visión		
Nivel de Cobertura	Mensual	
Empleado	\$8.69	
Empleado + Uno	\$17.39	
Familia	\$24.47	

*Lentes de contacto reemplazan anteojos y/o marcos





Dental

Guardian

Guardian le da la libertad de elegir si desea visitar a un dentista participante o un dentista fuera de la red. Se ahorran gastos considerables al optar por un dentista que pertenece a la Red de Guardian DentalGuard Preferred. Lo siguiente es un resumen breve de las principales disposiciones del plan.

Límites de Edad para Dependientes: A los 26 años | **Períodos de Espera:** Ninguna

Beneficio	Plan de Value (El plan puede tener un mayor costo de bolsillo para proveedores fuera de la red)	Plan NAP
	En Red	En Red
Deducible Período Límite Familiar Eximido para	\$50 Año de Calendario 3 por familia Preventivo	\$50 Año de Calendario 3 por familia Preventivo
Máximo Anual	\$2,000 más Rollover Máximo	\$2,000 más Rollover Máximo
Rollover Máximo Límite Cantidad de Rollover Límite de Cuenta	\$800 \$400 \$1,500	\$800 \$400 \$1,500
Base de Pago de Reclamación	Horario de Tarifas Negociadas	Horario de Tarifas Negociadas
Coseguro - Servicios Preventivos Exámenes Orales (una vez/6 meses) Limpieza (una vez/6 meses) Rayos-X (series de boca completa una vez/60 meses) Tratamiento de Fluoruro(a edad 19, una vez/6 meses) Mantenedores Espaciales/Aparatos de Hábito Dañino	100%	100%
Coseguro - Servicios Básicos Rellenos Procedimiento de Mantenimiento de Período (una vez/6 meses) Servicios Periodontal (escalado y cepillado de raíces) Cirugía Periodontal Extracciones Simples/Complejas Servicios de Endodoncia (canal raíz) Reparación y Mantenimiento de Coronas, Puentes y Dentaduras Anestesia General Selladores (a edad 16, una vez/36 meses)	100%	80%
Coseguro - Servicios Importantes Puentes y Dentaduras Coronas Individuales Incrustaciones, Recubrimientos y Chapas TMJ	60%	50%
Coseguro - Ortodoncia Disponibles para Niños y Adultos	50% Tiempo de Vida Máxima: \$1,000	50% Tiempo de Vida Máxima: \$1,000
Deducciones de Plan Dental		
Nivel de Cobertura	Mensual	
Empleado	\$31.15	
Empleado + Cónyuge	\$60.19	
Empleado + Hijo(s)	\$77.89	
Familia	\$106.90	



Dental Maximum Rollover[®] (Reinversión Máxima Dental)

Ahorre sus Dólares de Reclamaciones no Utilizadas para Cuando Más los Necesite

Guardian reinvertirá una porción de su máximo anual no utilizado en su Cuenta de Reinversión Máxima (MRA) personal. Si alcanza el Máximo Anual del Plan en años futuros, puede usar el dinero de su MRA. Para calificar para un MRA, usted debe tener un reclamo pagado (no sólo una visita) y no debe haber excedido el umbral de reclamos pagados durante el año de beneficios. Su MRA no puede exceder el límite de MRA. Usted puede ver su estado de cuenta anual de MRA detallando su cuenta y la de sus dependientes en www.GuardianAnytime.com.

Tenga en cuenta que las limitaciones y los umbrales máximos reales varían según el plan. Su plan puede variar del que se usa a continuación como ejemplo para ilustrar cómo funciona la transferencia máxima.

Plan Máximo Anual*	Umbral	Monto Máximo de Reinversión	Límite Máximo de la Cuenta de Reinversión
\$2000	\$800	\$400	\$1500
Reembolso máximo por reclamos	Cantidad de reclamaciones que determina la elegibilidad para la reinversión	Dólares adicionales agregados al Máximo Anual del Plan para años futuros	El Máximo Anual del Plan más la Reinversión Máxima no puede exceder \$3,500 en total

* Si un plan tiene un máximo anual diferente para beneficios PPO vs. beneficios no-PPO, (\$1500 PPO/\$1000 no-PPO por ejemplo) el máximo no-PPO determina el plan Máximo de Reinversión.

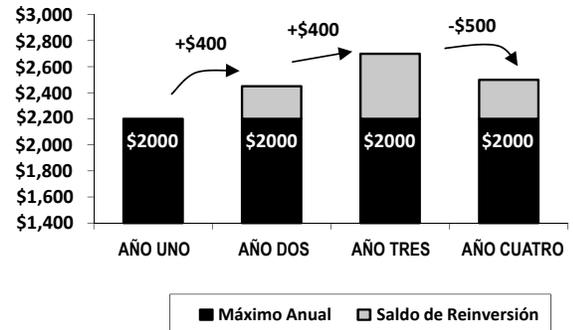
Así es como funcionan los beneficios:

AÑO UNO: Jane comienza con un máximo anual del plan de \$2,000. Presenta \$150 en reclamaciones dentales. Ya que ella no alcanzó el Umbral de \$500, ella recibe una transferencia de \$400 que será aplicada al Segundo Año.

AÑO DOS: Jane ahora tiene un Máximo Anual del Plan aumentado de \$2,400. Este año, presenta \$50 en reclamaciones y recibe una reinversión adicional de \$400 agregada a su Máximo Anual del Plan.

AÑO TRES: Jane ahora tiene un Máximo Anual del Plan aumentado de \$2,800. Este año, ella presenta \$2,500 en reclamaciones. Todos los reclamos son pagados debido a la cantidad acumulada en su Cuenta de Transferencia Máxima.

AÑO CUATRO: El Máximo Anual del Plan de Jane es de \$2,300 (Máximo Anual del Plan de \$2,000 + \$300 restantes en su Cuenta de Reinversión Máxima).



Para obtener una descripción general de sus beneficios dentales, consulte la sección Acerca de sus beneficios de este folleto de inscripción.

NOTAS:

Usted y sus dependientes asegurados mantienen MRAs separados basados en su propia actividad de reclamo. Cada MRA no puede exceder el límite de MRA.

Los casos en base a la acumulación por año calendario o por año póliza califican para la característica de Reinversión Máxima. Para los casos de año calendario con una fecha de vigencia en octubre, noviembre o diciembre, la característica de transferencia máxima comienza a partir del primer año completo de beneficios. Por ejemplo, si un plan comienza en noviembre de 2013, la actividad de reclamación en 2014 se utilizará y se aplicará a los ARM para su uso en 2015.

Bajo cualquier año de beneficio establecido (año calendario o año póliza), la transferencia máxima para los nuevos participantes que se unan con 3 meses o menos restantes en el año de beneficio, no comenzará hasta el comienzo del siguiente año de beneficio completo. La transferencia máxima es diferida para los miembros que tienen la cobertura de los servicios principales diferida. Para estos miembros, la transferencia máxima comienza cuando comienza la cobertura de los servicios principales, o el comienzo del siguiente año de beneficios si quedan 3 meses o menos hasta el siguiente año de beneficios. (El tiempo real de elegibilidad puede variar. Consulte los detalles de su plan para obtener la información más precisa.)

El seguro dental de Guardian está suscrito y emitido por The Guardian Life Insurance Company of America o sus subsidiarias, New York, NY. Los productos no están disponibles en todos los estados. Se aplican las limitaciones y exclusiones de la póliza. Los pasajeros y/o características opcionales pueden incurrir en costos adicionales. Los documentos del plan son el árbitro final de la cobertura. Formulario de Política #GP-1-DG2000, et al.



Vida a Término Básico y AD&D

Guardian

El Distrito Escolar Independiente de Lockhart ofrece servicios de Vida Básica y Muerte y Desmembramiento Accidental (AD&D) a todos los empleados activos que trabajan 30 horas o más por semana. Los empleados reciben \$10,000 de Beneficios Básicos de Vida y de AD&D.

Vida a Término Voluntario

Guardian

Por favor hable con un Consejero de Beneficios autorizado para obtener tarifas personalizadas y más información sobre este beneficio.

Beneficios por Pagar*			
	Beneficios de Vida del Empleado	Beneficios de Vida del Cónyuge	Beneficios de Vida Infantil
Benefit Amount	Puede elegir comprar beneficios en incrementos de \$10,000 hasta un máximo de \$500,000	Puede elegir comprar beneficios en incrementos de \$5,000 hasta un máximo de \$250,000 Cónyuge termina a los 70 años	For eligible children 14 days to 26 years, you may choose to purchase benefits of \$10,000 Los niños elegibles menores de 14 días de edad reciben \$500
Guarantee Issue	hasta \$200,000	hasta \$50,000	hasta \$10,000

*Se requiere evidencia de asegurabilidad para todos los inscritos tardíos y aumentos sobre la emisión de la garantía.

Plan de Servicios de TravelAid

Guardian

TravelAid proporciona una red de respuesta de emergencia las 24 horas del día y en todo el mundo (nacional e internacional) para garantizar que los viajeros de negocios no se queden solos cuando más necesitan ayuda, ya sea para una emergencia médica o para reemplazar documentos de viaje. Los siguientes servicios: planificación de viajes, recursos especializados de seguridad, servicios de transporte médico, derivaciones de médicos y hospitales de todo el mundo, y respuesta de emergencia **se ofrecen sin costo adicional para el empleado**. Llame a su Experto en Beneficios de Grupo Guardian hoy mismo para obtener más información o visite www.guardianlife.com.



Descubra su EAP + Beneficio de Vida Laboral

Programa de Asistencia al Empleado

El Programa de Asistencia al Empleado de Deer Oaks (EAP) es un servicio gratuito proporcionado por su empleador para usted, sus dependientes y los miembros de su familia. Este programa ofrece una amplia variedad de servicios de consejería, remisión y consulta, todos ellos diseñados para ayudarlo a usted y a su familia a resolver los problemas del trabajo y de la vida con el fin de vivir una vida más feliz, más saludable y más equilibrada. Desde el estrés, la adicción y el manejo del cambio, hasta la localización de instalaciones de cuidado infantil, asistencia legal y desafíos financieros, nuestros profesionales calificados están aquí para ayudar. Estos servicios son completamente confidenciales y se puede acceder fácilmente a ellos 24 horas al día, 7 días a la semana, ofreciéndole asistencia las 24 horas del día para todos los desafíos de la vida.

- ✓ **Acceso al programa:** Puede acceder al EAP llamando al número gratuito de la Línea de Ayuda, utilizando nuestra aplicación iConnectYou App, o enviando mensajes instantáneos a un consultor de la vida laboral a través de nuestro sistema de mensajería instantánea en línea.
- ✓ **Evaluaciones Telefónicas y Soporte:** En el momento, el apoyo telefónico y la intervención en caso de crisis están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, junto con la admisión y las evaluaciones clínicas.
- ✓ **Consejería a Corto Plazo:** Sesiones de consejería con un consejero calificado para ayudar con asuntos tales como el estrés, la ansiedad, el dolor, los desafíos matrimoniales y familiares, los problemas de relación, la adicción, etc. La consejería está disponible a través de sesiones telefónicas estructuradas, video y en persona en las oficinas de los proveedores locales.
- ✓ **Referencias y Recursos Comunitarios:** Nuestro equipo proporciona referencias a recursos de la comunidad local, planes de salud para los miembros, grupos de apoyo, recursos legales y recursos para el cuidado de niños y ancianos y para la vida diaria.
- ✓ **Asistencia para Ventaja Legal:** Consulta gratuita de 30 minutos por teléfono o en persona con un abogado del plan; 25% de descuento en honorarios de abogado por hora si se requiere representación; acceso ilimitado en línea a una gran cantidad de recursos legales educativos, enlaces, herramientas y formularios; y preparación interactiva en línea de Simple Will.
- ✓ **Ayuda para Ventaja Financiera:** Consulta telefónica ilimitada con un Consejero Financiero Acreditado calificado para asesorar sobre una variedad de temas financieros tales como prevención de bancarrotas, reducción de deudas y planificación financiera; materiales educativos de apoyo disponibles; acceso en línea ilimitado a una gran cantidad de recursos financieros educativos, enlaces, herramientas y formularios (por ejemplo, guías de impuestos, calculadoras financieras, etc.).
- ✓ **Asistencia en Caso de Robo de Identidad:** Consulta telefónica gratuita con un Consejero Financiero Acreditado; información sobre los pasos que deben seguirse al descubrir el robo de identidad; derivación a agencias de recuperación de crédito de servicio completo; servicio gratuito de monitoreo de crédito.
- ✓ **Servicios de Vida Laboral:** Nuestros consultores están disponibles para ayudarlo con una amplia gama de recursos de la vida diaria, tales como la localización de niñeras para mascotas, planificadores de eventos, reparación de casas, tutores, planificación de viajes y servicios de mudanza.
- ✓ **Referencias de Cuidado de Niños y Anciano:** Nuestros especialistas en cuidado de niños y ancianos pueden ayudarlo a buscar instalaciones con licencia para el cuidado de niños y ancianos en su área. Ellos discutirán sus necesidades, le proporcionarán orientación, recursos y paquetes de referencia calificados. Bases de datos de búsqueda y otros recursos también están disponibles en el sitio web de los miembros de Deer Oaks.
- ✓ **Tome el Programa de Reembolso de High Road Ride:** Deer Oaks reembolsa a sus miembros las tarifas de taxi, Lyft y Uber en el caso de que estén incapacitados debido a un impedimento por una sustancia o condición emocional extrema. Este servicio está disponible una vez al año por participante, con un reembolso máximo de \$45.00 (excluyendo propinas).



Contáctenos:

Llamada Gratuita: (866) 327-2400



Sitio Web: www.deeroakseap.com

Correo Electrónico: eap@deeroaks.com



Vida Universal

Trustmark

Las soluciones de Vida Universal **totalmente portátiles** de Trustmark cubren las diferentes necesidades de los empleados para un seguro de vida permanente y tranquilidad para toda la vida, y están disponibles para empleados y sus cónyuges en cantidades reales de \$5,000 hasta \$300,000 y sus hijos.

- **Universal LifeEvents® (Eventos de Vida Universal)** - LifeEvents paga un beneficio por muerte más alto durante los años laborales cuando los gastos son altos y las familias necesitan la máxima protección. A los 70 años, cuando las necesidades financieras suelen ser más bajas, el beneficio por fallecimiento se reduce a un tercio. Sin embargo, los Beneficios de Vida más altos no se reducen - continúan hasta la jubilación para que coincidan con la mayor necesidad de Cuidados a Largo Plazo.
- **Beneficio de Enfermedad Terminal** - Acelera el 75% de la cantidad del beneficio por fallecimiento cuando la esperanza de vida es de 24 meses o menos, en comparación con el 50% y las expectativas de vida de 6 o 12 meses que se ven comúnmente en la industria.
- **Beneficio por Muerte Acelerada para Cuidados Intensivos** - Diseñado para acelerar el beneficio de fallecimiento al 4% por mes durante hasta 25 meses para pagar la atención a largo plazo en una vivienda asistida o centro de atención a largo plazo, o atención médica a domicilio y / o guardería para adultos.
- **Cláusula Adicional de Atención a Largo Plazo** - Restaura completamente el beneficio por fallecimiento reducido por LTC cada vez que se paga un beneficio. Permite a los beneficiarios recibir el beneficio completo por fallecimiento.

Por favor hable con un Consejero de Beneficios autorizado para obtener tarifas personalizadas y más información sobre este beneficio.





FUTURO FINANCIERO

Seguro de Accidente - Fuera del Trabajo

Guardian

Si usted y su familia son activos, lo más probable es que no sea un extraño en la sala de emergencias de un hospital. Incluso con seguro médico, una caída mientras anda en bicicleta o un esguince de tobillo de su hijo en la práctica de fútbol puede costarle un paquete de gastos de su bolsillo. ¿Está usted preparado financieramente para todos los costos médicos y no médicos de tratamiento y recuperación de una lesión grave? Además, el Seguro de Accidentes proporciona un beneficio de bienestar de \$100 por persona asegurada por año calendario. Cuando se completan ciertos exámenes o procedimientos rutinarios de bienestar.

Apoyo financiero para que usted se recupere

- No importa qué tipo de cobertura médica tenga, usted tendrá costos de bolsillo que realmente podrían perjudicarlo financieramente.
- Guardian® le paga beneficios en efectivo basados en lesiones, tratamientos y servicios cubiertos.
- Los pagos van directamente a usted, y usted puede pagar por otros gastos, como viajar al hospital, cuidado de niños y pérdida de ingresos por la falta de trabajo.

Beneficio	Plan de Accidente	
	Plan de Ventaja	Plan Premier
Beneficio por Muerte Accidental		
Empleado	\$25,000	\$50,000
Cónyuge	\$12,500	\$25,000
Hijo(s)	\$5,000	\$5,000
Transportista Común	200% de AD&D	200% de AD&D
Ambulancia Terrenal / Ambulancia Aérea	\$150 / \$1,000	\$200 / \$1,500
Aparato (por ejemplo, silla de ruedas, muletas)	\$125	\$125
Laceraciones	Hasta \$400	Hasta \$500
Quemaduras de Segundo y Tercer Grado	Hasta \$12,000	Hasta \$12,000
Servicios Terapéuticos (hasta 10 días)	\$25 por día	\$35 por día
Concusión	\$75	\$100
Dislocaciones	Hasta \$4,400	Hasta \$4,800
Trabajo Dental de Emergencia	\$300/Corona, \$75/Extracción	\$400/Corona, \$100/Extracción
Manejo del dolor epidural (2 veces por accidente)	\$100	\$100
Coma	\$10,000	\$12,500
Herida de Ojo	\$300	\$300
Fracturas	Hasta \$5,500	Hasta \$6,000
Cirugía (craneal, abdominal abierta, torácica)	Hasta \$1,250	Hasta \$1,500
Oficina del Médico Inicial/Tratamiento de la Instalación de Atención de Urgencia	\$75	\$100
Admisión Hospitalaria	\$1,000	\$1,250
Hospitalización (por día hasta 1 año)	\$225 por día	\$250 por día
Admisión Hospitalaria en Cuidados Intensivos	\$2,000	\$2,500
Confinamiento Hospitalaria en Cuidados Intensivos (hasta 15 días)	\$450 por día	\$500 por día
Laceración	Hasta \$400	Hasta \$500
Deducciones de Plan de Accidente	Plan de Ventaja	Plan Premier
Nivel de Cobertura	Mensual	Mensual
Empleado	\$12.98	\$17.88
Empleado + Cónyuge	\$18.90	\$24.84
Empleado + Hijo(s)	\$26.94	\$32.80
Familia	\$32.86	\$39.76



Seguro de Enfermedad Crítica

Guardian

Los costos de la atención médica están en aumento. Incluso con el seguro médico, a menudo usted sigue siendo responsable de los gastos médicos y no médicos relacionados con su recuperación de una enfermedad grave. El costo que usted paga por los copagos y deducibles, así como otros gastos como el cuidado de los niños, el transporte al médico y la pérdida de ingresos cuando usted no puede trabajar, realmente podría retrasarlo financieramente.

Ayuda a proteger sus ahorros

- El plan le paga beneficios en efectivo basados en cada diagnóstico elegible, como un ataque cardíaco, apoplejía o cáncer.
- Las prestaciones en metálico se le abonan directamente a usted, por lo que usted decide cómo utilizarlas.

Beneficio		Enfermedad Crítica con Cáncer	
Coverage Amounts			
Empleado (Emisión Garantizado - \$30,000)		\$5,000 a \$30,000	
Cónyuge (Emisión Garantizado - \$30,000)		Hasta el 100% del beneficio de empleado	
Hijo(s) (Todas las cantidades de hijos están garantizadas)*		25% del monto de empleado	
Beneficio			
Cáncer Invasivo		100%	
Ataque de Corazón			
Derrame Cerebral			
Falla de Órganos Principales			
Coma			
ALS (Enfermedad de Lou Gehrig)			
Pérdida de Hablar, Vista o Audición			
Arteriosclerosis Coronaria		30%	
Carcinoma In Situ			
Enfermedad de Addison			
Beneficio de Bienestar (Proporciona un beneficio anual por completar ciertos exámenes o procedimientos de rutina de bienestar)			
Empleado		\$50	
Cónyuge		\$50	
Hijo		\$50	
Limitación de Condición Preexistente		Período de revisión de 3 meses, período de 6 meses de tratamiento gratis/12 meses de exclusión, Continuidad de Cobertura	

*Límites de Edad de Dependiente: de 0 días a 26 años (26 si es estudiante a tiempo completo)

Deducciones Mensuales del Plan de Enfermedad Crítica - Empleado y Cónyuge

(La tasa de cónyuge se basa en la edad del empleado y el costo de los hijos está incluido en la elección del empleado).

	Montos de Beneficio	<30		30-39		40-49		50-59		60-69		70+	
		Emp	Cón	Emp	Cón	Emp	Cón	Emp	Cón	Emp	Cón	Emp	Cón
No Tobacco	\$5,000	\$3.95	\$3.86	\$5.36	\$5.27	\$9.30	\$9.21	\$16.01	\$15.93	\$24.56	\$24.48	\$48.59	\$48.51
	\$10,000	\$6.70	\$6.61	\$9.36	\$9.27	\$16.80	\$16.71	\$29.36	\$29.28	\$45.46	\$45.38	\$91.94	\$91.86
	\$15,000	\$9.45	\$9.36	\$13.36	\$13.27	\$24.30	\$24.21	\$42.71	\$42.63	\$66.36	\$66.28	\$135.29	\$135.21
	\$20,000	\$12.20	\$12.11	\$17.36	\$17.27	\$31.80	\$31.71	\$56.06	\$55.98	\$87.26	\$87.18	\$178.64	\$178.56
	\$25,000	\$14.95	\$14.86	\$21.36	\$21.27	\$39.30	\$39.21	\$69.41	\$69.33	\$108.16	\$108.08	\$221.99	\$221.91
	\$30,000	\$17.70	\$17.61	\$25.36	\$25.27	\$46.80	\$46.71	\$82.76	\$82.68	\$129.06	\$128.98	\$265.34	\$265.26
Tobacco	\$5,000	\$5.65	\$5.56	\$8.41	\$8.32	\$17.25	\$17.16	\$34.76	\$34.68	\$58.46	\$58.38	\$108.84	\$108.76
	\$10,000	\$10.10	\$10.01	\$15.46	\$15.37	\$32.70	\$32.61	\$66.86	\$66.78	\$113.26	\$113.18	\$212.44	\$212.36
	\$15,000	\$14.55	\$14.46	\$22.51	\$22.42	\$48.15	\$48.06	\$98.96	\$98.88	\$168.06	\$167.98	\$316.04	\$315.96
	\$20,000	\$19.00	\$18.91	\$29.56	\$29.47	\$63.60	\$63.51	\$131.06	\$130.98	\$222.86	\$222.78	\$419.64	\$419.56
	\$25,000	\$23.45	\$23.36	\$36.61	\$36.52	\$79.05	\$78.96	\$163.16	\$163.08	\$277.66	\$277.58	\$523.24	\$523.16
	\$30,000	\$27.90	\$27.81	\$43.66	\$43.57	\$94.50	\$94.41	\$195.26	\$195.18	\$332.46	\$332.38	\$626.84	\$626.76



FUTURO FINANCIERO

Seguro de Indemnización Hospitalaria

Guardian

El Seguro de Indemnización Hospitalaria de Guardian está diseñado para ayudar a proporcionar protección financiera a las personas cubiertas mediante el pago de una prestación debido a una hospitalización. Los empleados pueden utilizar la prestación para hacer frente a los gastos de bolsillo y a las facturas adicionales que puedan producirse. No es necesario responder a ninguna pregunta médica para recibir esta prestación. Las prestaciones de indemnización hospitalaria a tanto alzado se pagan directamente al empleado en función del importe de la cobertura indicada (independientemente del coste real del tratamiento).

Aspectos Destacados del Plan

- Los beneficios se pagan directamente al asegurado cuando más lo necesita y puede utilizarlos como quiera: para ayudar a pagar los gastos médicos de su bolsillo, como copagos y deducibles, o para gastos no médicos, como el cuidado de los niños o el transporte.
- La portabilidad permite que el empleado se lleve la cobertura aunque haya terminado su empleo. El asegurado debe trasladar la cobertura antes de los 70 años.
- Si este plan de ingreso en el Hospital sustituye a la cobertura de otra compañía, se acreditará el tiempo de servicio para la limitación de las enfermedades preexistentes.

Deducciones del Plan de Indemnización Hospitalaria	Plan Bajo	Plan Alto
Nivel de Cobertura	Mensual	Mensual
Empleado	\$23.69	\$37.24
Empleado + Cónyuge	\$42.13	\$64.89
Empleado + Hijo(s)	\$38.68	\$59.20
Familia	\$57.12	\$86.85

Beneficio	Hospital Indemnity	
	Plan Bajo	Plan Alto
Ingreso en el Hospital/UCI	\$1,000 por admisión hasta un máximo de 1 admisión por año, por asegurado	\$2,000 por admisión hasta un máximo de 1 admisión por año, por asegurado
Internamiento en el Hospital/UCI	\$100 / \$200 por día hasta un máximo de 15 días por año, por asegurado	\$100 / \$200 por día hasta un máximo de 15 días por año, por asegurado
Exámenes de Salud	\$100 por día de revisión hasta un máximo de 1 día por año, por asegurado	\$100 por día de revisión hasta un máximo de 1 día por año, por asegurado
Límites de Edad de los Dependientes	Nacimiento del niño hasta los 26 años (26 si es estudiante a tiempo completo)	
Tratamientos Cubiertos	Enfermedad y Lesiones	
Tratamiento del Embarazo Normal	Se incluye el embarazo normal sin limitación de 9 meses.	



Seguro de Cáncer Guardian

Cuando te enteras de que tienes cáncer, piensas en muchas cosas. Lo único en lo que no quiere pensar es en cómo pagar todos los gastos que se derivan de su atención médica y recuperación. Los planes de seguro médico pueden cubrir muchos de los gastos asociados con el diagnóstico de cáncer. Sin embargo, hay muchos costos no médicos asociados con su recuperación, tales como transporte al tratamiento, cuidado de niños y salarios perdidos debido a su incapacidad para trabajar. Si le diagnosticaron cáncer, ¿está seguro de que tiene suficientes ahorros para cubrir todos los gastos?

Ayuda a proteger sus ahorros del alto costo del tratamiento contra el Cáncer

- Seguro de Cáncer de Guardián le paga además de su seguro médico, sin importar el tipo de plan que tenga.
- El plan le paga beneficios en efectivo basados en el diagnóstico, ciertos procedimientos, pruebas de detección y tratamientos.
- Las prestaciones en metálico se le abonan directamente a usted - usted decide cómo utilizarlas

Deducciones de Plan de Cáncer	Plan de Valor	Plan Premier
Nivel de Cobertura	Mensual	Mensual
Empleado	\$15.74	\$35.70
Empleado + Cónyuge	\$30.76	\$59.40
Empleado + Hijo(s)	\$18.42	\$39.80
Familia	\$33.44	\$63.50

Beneficio	Cáncer	
	Plan de Valor	Plan Premier
Beneficio de Diagnóstico Inicial		
Empleado	\$5,000	\$5,000
Cónyuge	\$5,000	\$5,000
Hijo	\$5,000	\$5,000
Período de Espera de Diagnóstico Inicial	30 días	30 días
Detección de Cáncer	\$50; \$50 de seguimiento de detección	\$100; \$100 de seguimiento de detección
Beneficio Aditamento de Cuidados Intensivos	\$500/día hasta 45 días por cada período de hospitalización. El aditamento de confinamiento en la ICU es pagado por el tratamiento de cualquier enfermedad o lesión que no sea cáncer interno	
Limitación de Condición Preexistente	Período de revisión de 3 meses; Período de exclusión de 12 meses* para nuevos participantes. Continuidad de cobertura para aquellos que transfieren	
Ambulancia Aérea (limitado a 2 viajes por confinamiento)	\$250 por viaje	\$2,000 por viaje
Ambulancia	\$100 por viaje	\$250 por viaje
Anestesia	25% de beneficio de cirugía	
Anti-Náuseas	\$50/día hasta \$150 por mes	
Médico Asistente (limitado a 75 visitas)	\$25/día mientras este confinado en el hospital	
Sangre/Plasma/Plaquetas (por año de calendario)	Costo real hasta \$5,000	Costo real hasta \$20,000
Médula Ósea/Célula Madre	Médula Ósea: \$7,500 Célula Madre: \$1,500 50% de beneficio para el segundo trasplante, \$1,000 de beneficio si un donante	
Tratamiento Experimental	\$100/día hasta \$5,000/año	\$200/día hasta \$5,000/año
Centro de Atención Extendida/Atención de Enfermería Especializada	\$100/día hasta 90 días por año	\$150/día hasta 90 días por año
Hospitalización	\$300/día primeros 30 días \$600/día para 31° día después	\$400/día primeros 30 días \$600/día por 31° día después
Confinamiento en de Cuidados Intensivos	\$400/día durante los primeros 30 días; \$600/día para 31° día después por confinamiento	\$600/día durante los primeros 30 días; \$800/día para 31° día después por confinamiento
Cáncer de Piel	Solo Biopsia: \$100 Cirugía Reconstructiva: \$250 Escisión de un cáncer de piel: \$375 Excision of a skin cancer with flap or graft: \$600	



FUTURO FINANCIERO

Beneficio de Matrícula Universitaria

Guardian

Una importante actualización de nuestro programa de beneficios para la matrícula universitaria

Un elemento clave de nuestra estrategia de Beneficios del Grupo es mejorar y ampliar nuestra cartera de productos y servicios para apoyar el bienestar de nuestros afiliados. Como parte de este enfoque, también evaluamos continuamente nuestros productos y servicios existentes, midiendo su impacto y viendo lo bien que se alinean con nuestro Propósito y estrategia.

Tras un análisis de nuestra actual oferta de prestaciones, hemos decidido eliminar la prestación de matrícula universitaria (CTB) de nuestra cartera y centrarnos en el diseño y la oferta de soluciones de prestaciones que satisfagan las necesidades más amplias de nuestra variada base de clientes.

Con este cambio:

- El CTB se eliminará de su(s) cobertura(s) alineada(s) por Guardián en el siguiente **aniversario del plan**. No se requiere ninguna acción por su parte.
- Después de su próximo **aniversario del plan**, los empleados registrados en CTB ya no acumularán nuevos puntos Tuition Rewards. Sin embargo, los puntos Tuition Rewards ganados no caducarán.
- Las cuentas de matrícula de los empleados registrados seguirán activas, y los empleados seguirán recibiendo comunicaciones de SAGE si así lo han elegido.
- Los empleados registrados pueden ver sus cuentas, incluidos los saldos de las recompensas y los estudiantes registrados en <https://www.tuitionrewards.com>
- Los empleados que deseen registrarse y acceder a las recompensas de matrícula que han ganado pueden hacerlo completando los siguientes pasos a más tardar 90 días después de su próxima fecha de aniversario.
 - Ir a <https://registration.collegetuitionbenefit.com//?ref=guardian>
 - El ID de usuario es su número de plan de grupo Guardian
 - La contraseña es Guardian
- Por favor, comparta esta información con los participantes de su plan utilizando la hoja adjunta

Si está interesado en seguir ofreciendo el College Tuition Benefit como parte de su paquete de prestaciones, póngase en contacto con SAGE (proveedor de CTB) para la opción de compra directa de CTB Select en: <https://ctbselect.collegetuitionbenefit.com/hidden/sign-up/> o con un miembro del equipo de SAGE en ctbselect@collegetuitionbenefit.com.

Si tiene alguna pregunta sobre su oferta actual de beneficios de matrícula de Guardian College, póngase en contacto con admin@collegetuitionbenefit.com

Si tiene preguntas sobre este aviso, póngase en contacto con nosotros en el 1-800- 627-4200.

Gracias por elegir Guardian. Nos comprometemos a proporcionarle a usted y a sus empleados acceso a ofertas de beneficios de calidad que apoyen e impulsen el bienestar y aprecien su negocio.



Seguro de Incapacidad

UNUM

Comprendemos las necesidades únicas de quienes trabajan en educación, y creamos el seguro de incapacidad de Educator Select para cumplir con esos requisitos. El seguro de incapacidad de Educator Select de Unum puede reemplazar una porción de su salario si se enferma o se lastima y no puede trabajar. Puede ayudarlo a cubrir sus gastos y proteger sus finanzas en un momento en que no recibe un cheque de pago y tiene facturas médicas adicionales.

Beneficio del Empleado: Puede comprar un beneficio mensual en \$100 unidades, comenzando en un mínimo de \$200, hasta un 66 2/3% de sus ingresos mensuales redondeados a los \$100 más cercanos, pero sin exceder un beneficio máximo mensual de \$10,000.

Definición de Incapacidad: Durante los primeros 24 meses, Unum definirá la incapacidad de la siguiente manera:

No puede realizar los deberes materiales y sustanciales de su ocupación habitual debido a una enfermedad o lesión; tiene una pérdida del 20% o más de las ganancias mensuales indexadas debido a la misma enfermedad o lesión; y durante el período de eliminación, no podrá realizar ninguna de las tareas importantes y materiales de su ocupación habitual.



Después de que se hayan pagado los beneficios durante 24 meses, usted queda incapacitado cuando Unum determina que, debido a la misma enfermedad o lesión, no puede realizar las tareas de cualquier ocupación remunerada para la que esté razonablemente capacitado mediante educación, capacitación o experiencia.

Debe estar bajo el cuidado regular de un médico para que lo consideren incapacitado.

Nota: las lesiones ocupacionales están excluidas.

Período de Eliminación (Días)					
Lesión (días)	7*	14*	30*	60	90
Enfermedad (Días)	7*	14*	30*	60	90
Tarifas por Incremento de \$ 100					
	\$2.98	\$2.44	\$1.96	\$1.66	\$1.39

*Si debido a su discapacidad, usted está internado en el hospital como paciente hospitalizado, los beneficios comienzan el primer día de internación.

Por favor hable con un Consejero de Beneficios autorizado para obtener tarifas personalizadas y más información sobre este beneficio.



SERVICIOS PERSONALES

4 Beneficios Para Usted y su Familia Inmediata! \$14.95 /mes

Ahorre tiempo, dinero y estrés con la protección contra el robo de identidad las 24 horas del día, acceso a un médico las 24 horas del día y los 7 días de la semana por una tarifa de consulta de \$0, un plan de protección legal con descuento y un nuevo análisis gratuito de GotZoom!



¡Siéntase mejor ahora! El acceso a un médico las 24 horas del día, los 7 días de la semana, es sólo una llamada o un clic, en cualquier momento y en cualquier lugar, sin cargo por consulta. Con Teladoc, usted puede hablar con un médico por teléfono, por videoconferencia en línea o con una aplicación móvil para obtener un diagnóstico, opciones de tratamiento y prescripción si es necesario. Ahorre tiempo y dinero evitando las salas de espera abarrotadas en el consultorio del médico, en la clínica de urgencias o en la sala de emergencias. Simplemente use su teléfono, computadora, smartphone o tableta para solicitar una consulta con un médico de los Estados Unidos con licencia en su estado. Los médicos de Teladoc responden en promedio en 24 minutos para tratar problemas médicos que no son de emergencia, como los siguientes:

síntomas del resfriado y la gripe	estreñimiento	infección urinaria	conjuntivitis
problemas sinusales	alergias	diarrea	erupción cutánea y otras erupciones cutáneas
gastroenteritis	infección respiratoria	bronquitis	faringitis



Descargo de Responsabilidad:

© 22018 Teladoc, Inc. Todos los derechos reservados. Teladoc y el logotipo de Teladoc son marcas registradas de Teladoc, Inc. y no pueden utilizarse sin permiso por escrito. Teladoc no reemplaza al médico de atención primaria. Teladoc no garantiza que se emita una receta. Teladoc opera sujeto a la regulación estatal y puede no estar disponible en ciertos estados. Teladoc no prescribe sustancias controladas por la DEA, drogas no terapéuticas y ciertas otras drogas que pueden ser dañinas debido a su potencial de abuso. Los médicos de Teladoc se reservan el derecho de denegar la atención médica en caso de uso indebido potencial.

Disponible sin restricciones de edad.

Las adquisiciones de cuentas de teléfonos móviles aumentaron de 380K en 2017 a 679K en 2018³. Disfrute de tranquilidad, tranquilidad financiera y ahorro de tiempo con el plan integral de protección de identidad de InfoArmor, PrivacyArmor.



¿Sabía usted que?

16.7M de víctimas en 2017¹

El robo de identidad ocurre cada dos segundos²

El fraude en las adquisiciones se triplicó en 2017¹

Monitoreo de Identidad y Crédito. Monitoreo proactivo de la identidad utilizando fuentes de datos y alertas proactivas, incluyendo aplicaciones de cuentas para tarjetas de crédito, operadores de telefonía móvil, préstamos, cuentas de servicios públicos e incluso cuentas que no son de crédito. PrivacyArmor supervisa las actividades de identidad de alto riesgo, tales como restablecimiento de contraseñas, transferencias de fondos, acceso no autorizado a cuentas, credenciales comprometidas, cambios de dirección, alertas de registros públicos y más. Descubra y resuelva los problemas con anticipación para ayudar a minimizar los daños.

Informe de Identidad Digital. Tome el control de su privacidad y reputación. Nuestra búsqueda profunda en Internet crea una instantánea de su información expuesta en línea.

Tres Años de Historia del Rolling. InfoArmor supervisa su identidad en busca de eventos adversos pasados para asegurarse de que usted no sólo se protegen al avanzar, sino que también solucionamos cualquier cosa en el pasado (afecciones preexistentes).

Vigilancia de Internet. Al escanear una red de máquinas comprometidas en constante evolución, detectamos el uso indebido de la información y las credenciales comprometidas en el Internet Subterráneo y alertamos a los consumidores con una precisión sin precedentes.

Remediación del Defensor de la Privacidad. Un experto está de su lado para guiarlo a través del proceso de restauración de la identidad y luchar contra los ladrones de identidad.

Póliza de seguro contra robo de identidad de \$1.000.000. Si usted es víctima de fraude, le reembolsaremos sus gastos de su bolsillo para reforzar su seguridad financieray.[†]

Reducción de la solicitud e IdentityMD. Reduzca las llamadas no deseadas, el correo y las ofertas de crédito preaprobadas y reciba orientación sobre cómo limitar la exposición al fraude.



* La red proporciona una cobertura completa, aunque ninguna solución puede detectar todas las actividades sospechosas. No obstante, nuestros defensores de la privacidad trabajarán incansablemente para restaurar su identidad, independientemente de cuándo o cómo se haya producido el daño.

[†]Identity seguro de robo suscrito por subsidiarias de compañías de seguros o filiales de AIG. La descripción de este documento es un resumen y tiene fines informativos solamente y no incluye todos los términos, condiciones y exclusiones de las políticas descritas. Por favor refiérase a las pólizas actuales para conocer los términos, condiciones y exclusiones de la cobertura. Es posible que la cobertura no esté disponible en todas las jurisdicciones.

¹ "2018 Identity Fraud Study", ² "2014 Identity Fraud Study", ³ "2019 Identity Fraud Study", Todos los estudios independientes de Javelin Strategy & Research

Divulgaciones: **Este plan no es un seguro.** Este programa de tarjeta de descuento contiene un período de cancelación de 30 días. El plan no es una cobertura de seguro y no cumple con los requisitos de cobertura mínima acreditable según la Ley de Atención Asequible. Disponible sólo para residentes de TX.





Novedad para el próximo año: análisis gratuito de la deuda de préstamos estudiantiles de GotZoom con los servicios de reducción de deuda de préstamos estudiantiles de SafetyNets más la membresía.

Plan de Protección Legal Familiar

7 de cada 10 familias necesitaron un abogado el año pasado.

Este plan es mucho más que un plan legal de bricolaje en línea. Los miembros tienen acceso a consultas cara a cara o por teléfono con abogados licenciados de la red y mucho más. No hay límites o limitaciones en cuanto al número de veces que los miembros pueden utilizar el plan para nuevos asuntos legales.

Cuatro grandes maneras de ahorrar:

1. Servicios Sin Costo Alguno
2. Servicios Exclusivos de Tarifa Plana
3. Servicios de Tarifa de Descuento del Plan de Bajo Costo por Hora
4. Tarifas de Contingencia Descontadas

Servicios gratuitos que incluyen:

- Libre albedrío con actualizaciones anuales gratuitas
- Sustitución del libre albedrío por el libre albedrío
- Consultas individuales para nuevos asuntos legales
- Consultas telefónicas ilimitadas (para cada nuevo asunto legal)
- Llamadas telefónicas y cartas escritas en su nombre
- Revisión de documentos legales por parte de un abogado (6 páginas máximas por asunto nuevo)
- Consejos útiles para representarse a sí mismo en la corte de reclamos menores
- Asistencia para resolver sus problemas con los programas del gobierno



Disponible para el miembro, cónyuge o pareja de hecho, hijos dependientes solteros hasta los 25 años de edad. También está disponible para los padres mayores, padrastros, padrastros, padres adoptivos y abuelos del miembro y su cónyuge, incluso si no residen en el hogar del miembro.

Reduce tu deuda de préstamo estudiantil en un 65%

- Los educadores y empleados del Servicio Público gozan de un estatus especial con el Departamento de Educación (DOE) y son elegibles para los mejores programas disponibles de reembolso y perdón de préstamos estudiantiles
- Sólo 2 de cada 10 prestatarios se benefician de los programas
- \$350 millones adicionales de fondos del DOE estuvieron disponibles en marzo de 2018 (por orden de llegada)

- Proveedor #1 de alivio de préstamos estudiantiles federales
- Una empresa establecida con un historial de siete años de rendimiento y satisfacción del cliente con más de 15.000 clientes activos
- El enlace a su página de inscripción se incluirá en el paquete de bienvenida de SafetyNets plus que recibirá antes de la fecha de entrada en vigor
- Reducción media de la deuda estudiantil del
- Todos los detalles administrativos son gestionados por GotZoom para el empleado.
- GotZoom monitorea los programas del DOE y revisa el estado del empleado anualmente para encontrar cualquier opción adicional de reducción de deuda
- **El análisis de préstamos de los empleados y el Resumen de Beneficios son gratuitos (sin obligación)**
- Los cargos por servicio se aplican sólo después de que el empleado haya revisado y aprobado los programas de reembolso/perdón
- Costo de solicitud: \$407; Costo mensual: \$32.95



Reducción en el Pago **Annual** Promedio de Préstamos Estudiantiles GotZoom **\$5,616**



GotZoom estudiante promedio **mensual:** Reducción del pago del préstamo



FUTURO FINANCIERO

403(b) Aviso de Disponibilidad Universal

La Oportunidad

Usted tiene la oportunidad de ahorrar para su jubilación al participar en el plan 403(b) del Distrito Escolar Independiente de Lockhart ("Plan"). Recomendamos que todos los empleados vean una breve presentación de video de 3 minutos explicando qué es un plan 403(b) y cómo contribuir.

El video puede ser localizado en www.403bwhyme.com.

Si tiene alguna pregunta, puede contactar al Grupo OMNI al 877-544-6664.

¿Cómo Puedo Participar?

Puede participar en el Plan con contribuciones antes de impuestos completando y presentando un Acuerdo de reducción de salario ("SRA") en línea en <http://www.omni403b.com/>, o enviando un formulario de SRA completo, que se puede encontrar en el mismo sitio web, al Grupo OMNI, ya sea por fax al (585) 672-6194 o por correo a 1099 Jay St., Bldg F, Rochester, NY, 14611 ("OMNI").

¿Cuánto Puedo Contribuir Anualmente?

Puede contribuir hasta \$20,500 en 2022; esta cantidad está sujeta a cambios anualmente. Si tiene al menos 15 años de servicio con su empleador o tiene al menos 50 años de edad, también puede hacer contribuciones complementarias adicionales. Para conocer los límites apropiados para sus circunstancias particulares, comuníquese con el Centro de Atención al Cliente de OMNI al 1-877-544-6664.

¿Qué Pasa Si Ya Tengo Una Cuenta?

Si ya está contribuyendo al Plan y desea cambiar el monto de su contribución o proveedor de servicios, simplemente complete y envíe una nueva SRA. Consulte las instrucciones anteriores para las opciones de envío en línea y en papel.

¿Qué Pasa Si No Quiero Contribuir?

Si no desea aprovechar este programa, simplemente envíe una SRA con la opción "No deseo participar en este momento" seleccionada. Consulte las instrucciones anteriores para las opciones de envío en línea y en papel.

¿Cómo Puedo Obtener Más Información?

You can access further information at www.omni403b.com o www.403bwhyme.com.



Avisos Importantes

Dirección postal 105 S. COLORADO ST.

Nombre de contacto NANCY ARANA

Título del contacto ESPECIALISTA EN NÓMINAS Y BENEFICIOS

Correo electrónico de contacto: nancy.arana@lockhart.txed.net

Teléfono de contacto: 512-398-0020

Su Aviso de la Parte D de Medicare es la primera sección de este paquete. Otras notificaciones importantes son la de CHIPRA, la de privacidad de HIPAA y la de opciones de cobertura (notificación del mercado). Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con la persona indicada anteriormente.





SERVICIOS PERSONALES

Aviso importante sobre su cobertura de medicamentos recetados y Medicare, cobertura acreditable, Lion Care Medical Plan

Lea atentamente este aviso y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su actual cobertura de medicamentos recetados con y sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarle a decidir si desea o no inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si está pensando en inscribirse, debe comparar su cobertura actual, incluyendo qué medicamentos están cubiertos y a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su área. Al final de este aviso encontrará información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados.

Hay dos cosas importantes que tiene que saber sobre su cobertura actual y el exceso de medicamentos recetados de Medicare:

- 1) La cobertura de medicamentos recetados de Medicare pasó a estar disponible en 2006 para todos los beneficiarios de Medicare. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare o se inscribe en un Plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) que ofrece cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare ofrecen al menos un nivel de cobertura estándar establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura a cambio de una prima mensual más alta.
- 2) ha determinado que la cobertura de medicamentos recetados ofrecida por el Lion Care Medical Plan, en promedio para todos los participantes del plan, se espera que pague tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y por lo tanto se considera Cobertura Acreditable. Dado que su cobertura actual es una cobertura acreditable, puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una penalización) si más adelante decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

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

Puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare cuando reúna los requisitos para recibirlo y cada año desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

Sin embargo, si pierde su actual cobertura acreditada de medicamentos, sin que sea culpa suya, también podrá acogerse a un Periodo de Inscripción Especial (SEP) de dos (2) meses para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

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

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura actual no se verá afectada. Puede mantener esta cobertura si elige la parte D y este plan se coordinará con la cobertura de la parte D. Consulte las páginas 7 a 9 de la guía CMS Disclosure of Creditable Coverage To Medicare Part D Eligible Individuals (disponible en <http://www.cms.hhs.gov/CreditableCoverage/>), que describe las disposiciones/opciones del plan de medicamentos recetados que los individuos elegibles para Medicare pueden tener a su disposición cuando son elegibles para la Parte D de Medicare.

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y abandona su cobertura actual, tenga en cuenta que usted y las personas a su cargo podrán recuperar esta cobertura en la próxima oportunidad de inscripción anual o en un evento vital cualificado.

¿Cuándo tendrá que pagar una prima más alta (penalización) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

También debe saber que si abandona o pierde su cobertura actual con este plan y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días continuos siguientes a la finalización de su cobertura actual, puede pagar una prima más alta (una penalización) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si pasa 63 días seguidos o más sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados, su prima mensual puede aumentar al menos un 1% de la prima básica de beneficiario de Medicare al mes por cada mes que no haya tenido esa cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima puede ser sistemáticamente al menos un 19% más alta que la prima básica de beneficiario de Medicare. Es posible que tenga que pagar esta prima más alta (una penalización) mientras tenga la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que tenga que esperar hasta el siguiente mes de octubre para afiliarse.



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

Encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados en el manual "Medicare y usted". Recibirá una copia del manual por correo cada año de Medicare. También es posible que los planes de medicamentos de Medicare se pongan en contacto con usted directamente.

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

- Visite www.medicare.gov
- Llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte el número de teléfono en la contraportada del manual "Medicare y usted") para obtener ayuda personalizada
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si sus ingresos y recursos son limitados, dispone de una ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite la página web de la Seguridad Social www.socialsecurity.gov, o llame al 1-800-772- 1213 (TTY 1-800-325-0778).

Recuerde: Conserve este aviso de Cobertura Acreditable. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que se le solicite una copia de este aviso cuando se inscriba para demostrar si ha mantenido o no la cobertura acreditable y, por lo tanto, si debe o no pagar una prima más alta (una multa).

O póngase en contacto con la persona indicada a continuación.

NOTA: Usted recibirá este aviso cada año. También lo recibirá antes del próximo período en que pueda inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, y si esta cobertura a través de cambios. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Fecha de entrada en vigor: 09/01/2022

Nombre del empleador: LOCKHART ISD

Nombre/Título del contacto: NANCY ARANA,
ESPECIALISTA EN NÓMINAS/BENEFICIOS

Dirección: 105 S. COLORADO ST.
LOCKHART, TX 78644

Teléfono: 512-393-0020

Correo electrónico:
NANCY.ARANA@LOCKHART.TXED.NET

AVISOS IMPORTANTES

Aviso de derechos de inscripción especial

Este aviso se proporciona para ayudarle a entender su derecho a solicitar una cobertura sanitaria de grupo. Debe leer este aviso incluso si tiene previsto renunciar a la cobertura sanitaria en este momento.

Pérdida de otra cobertura

Si rechaza la cobertura para usted o para las personas a su cargo (incluido su cónyuge) debido a la cobertura de otro seguro médico o plan de salud colectivo, es posible que pueda inscribirse a sí mismo y a las personas a su cargo en este Plan si usted o las personas a su cargo pierden el derecho a esa otra cobertura (o si la empresa deja de contribuir a su otra cobertura o a la de sus dependientes). No obstante, debe solicitar la inscripción en los 30 días siguientes a la finalización de su otra cobertura o la de sus dependientes (o después de que la empresa deje de contribuir a la otra cobertura).

Matrimonio, nacimiento o adopción

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

Medicaid o CHIP

Si usted o las personas a su cargo pierden el derecho a la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguros Médicos para Niños (CHIP) o cumplen los requisitos para recibir un subsidio de asistencia a la prima en el marco de Medicaid o CHIP, es posible que pueda inscribirse usted y las personas a su cargo. Debe solicitar la inscripción en un plazo

de 60 días a partir de la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP o de la determinación de la elegibilidad para un subsidio de asistencia a la prima.

Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, póngase en contacto con el administrador del plan (véase página de portada para la información de contacto).

Ley de protección de la salud de los recién nacidos y las madres

Los planes de salud de grupo y los emisores de seguros de salud no pueden, por lo general, según la ley federal, restringir las prestaciones para cualquier estancia hospitalaria en relación con el parto de la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal no prohíbe, por lo general, que el proveedor que atiende a la madre o al recién nacido, tras consultar con la madre, dé el alta a la madre de su recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, los planes y emisores no pueden, en virtud de la ley federal, exigir que un proveedor obtenga autorización del plan o emisor para prescribir una duración de la estancia que no supere las 48 horas (o 96 horas, si procede).

Ley de no discriminación por información genética (GINA)

La Ley de No Discriminación por Información Genética de 2008 protege a los empleados contra la discriminación basada en su información genética. A menos que se permita lo contrario, su empleador no puede solicitar o requerir ninguna información genética de usted o de los miembros de su familia. La GINA prohíbe a los empleadores y a otras entidades cubiertas por el Título II de la GINA solicitar o requerir información genética de un individuo o de un miembro de su familia, excepto en los casos específicamente permitidos por esta ley.

Para cumplir con esta ley, le pedimos que no proporcione ninguna información genética al responder a esta solicitud de información médica. "Información genética" según la definición de GINA, incluye el historial médico familiar de una persona, los resultados de las pruebas genéticas, el hecho de que un afiliado haya solicitado o recibido servicios genéticos, y la información genética de un feto portado por un afiliado o de un embrión mantenido legalmente por un afiliado que reciba servicios de reproducción asistida.

Ley de Paridad de Salud Mental y Adicciones

La Ley de Paridad de Salud Mental y Adicciones de 2008 exige, en general, que los planes de salud de grupo y los emisores de seguros de salud se aseguren de que los requisitos financieros (como copagos y deducibles) y las limitaciones de tratamiento (como límites de visitas anuales) aplicables a los beneficios de salud mental o de trastornos por uso de sustancias no sean más restrictivos que los requisitos o limitaciones predominantes aplicados a prácticamente todos los beneficios médicos/quirúrgicos. Para obtener más información sobre los criterios de determinación de la necesidad médica que se aplican en el plan de su empresa con respecto a las prestaciones de salud mental o de trastornos por consumo de sustancias, póngase en contacto con el administrador de su plan en (consulte la portada para obtener la información de contacto).

Ley de derechos de las mujeres sobre la salud y el cáncer

Si se ha sometido o va a someterse a una mastectomía, puede tener derecho a ciertas prestaciones en virtud de la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer de 1998 (WHCRA). La Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer exige que los planes de salud de grupo y sus compañías de seguros y HMO proporcionen ciertas prestaciones a las pacientes de mastectomía que eligen la reconstrucción mamaria.

Para las personas que reciban prestaciones relacionadas con la mastectomía, la cobertura se proporcionará de la manera que se determine en consulta con el médico que la atiende y la paciente, para:

Todas las fases de reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía; Cirugía y Reconstrucción de la otra mama para producir una apariencia simétrica; Prótesis; y Tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema. Las prestaciones de reconstrucción mamaria están sujetas a deducibles y limitaciones de coaseguro que son coherentes con las establecidas para otras prestaciones del plan. Si desea obtener más información sobre las prestaciones de la WHCRA, póngase en contacto con el administrador de su plan (en la portada encontrará la información de contacto).

Ley de Michelle

Cuando un hijo dependiente pierde la condición de estudiante a efectos de la cobertura del plan de salud de grupo como consecuencia de una excedencia por motivos médicos en un centro de enseñanza post-secundaria, el plan de salud de grupo seguirá proporcionando cobertura durante la excedencia hasta un año, o hasta que la cobertura finalice de otro modo en el plan de salud de grupo, lo que ocurra antes. Si desea más información, póngase en contacto con el administrador de su plan (en la portada encontrará los datos de contacto).

Protección de los pacientes

El Lion Care Medical Plan generalmente permite la designación de un proveedor de atención primaria. Usted tiene derecho a designar a cualquier proveedor de atención primaria que participe en nuestra red y que esté disponible para aceptarlo a usted o a los miembros de su familia.

Para obtener información sobre cómo seleccionar un proveedor de atención primaria y para obtener una lista de los proveedores de atención primaria participantes, póngase en contacto con el administrador del plan (consulte la portada para obtener la información de contacto).

No necesita autorización previa del Lion Care Medical Plan ni de ninguna otra persona (incluido un proveedor de atención primaria) para obtener acceso a la atención obstétrica o ginecológica de un profesional de la salud de nuestra red especializado en obstetricia o ginecología. El profesional de la salud, sin embargo, puede estar obligado a cumplir con ciertos procedimientos, incluyendo la obtención de una autorización previa para determinados servicios, seguir un plan de tratamiento preaprobado o procedimientos para realizar derivaciones.

Para obtener una lista de los profesionales de la salud especializados en en obstetricia o ginecología, póngase en contacto con el administrador del plan (véase la portada para obtener información de contacto).

Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados de 1994 (USERRA)

La Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados de 1994 (USERRA, por sus siglas en inglés) establece los requisitos para la continuación de la cobertura médica y el reempleo en relación con la licencia militar de un empleado. Estos requisitos se aplican a la cobertura médica y dental para usted y sus dependientes. No se aplican a ninguna cobertura de vida, discapacidad a corto o largo plazo o muerte accidental y desmembramiento que pueda tener. Una explicación completa de USERRA y de sus derechos va más allá del alcance de este documento.

Si desea obtener más información, consulte el Resumen de la Descripción del Plan (SPD) de cualquiera de nuestras coberturas de seguro de grupo o vaya a este sitio: http://www.dol.gov/vets/progr_ams/userra/main.htm

Una fuente alternativa es VETS. Puede ponerse en contacto con ellos en el número 1- 866-4-USA-DOL o visitar este sitio: <http://www.dol.gov/vets> Se puede ver un asesor interactivo en línea de USERRA en <http://www.dol.gov/elaws/userra.htm>



Nuevas opciones del mercado de seguros médicos y su cobertura médica

Formulario aprobado
Nº OMB 1210-0149
(expira el 30-6-2023)

Parte A: Información general

Cuando entren en vigor algunas partes clave de la ley de atención sanitaria en 2014, habrá una nueva forma de adquirir un seguro médico: el Mercado de Seguros Médicos. Para ayudarle a evaluar las opciones para usted y su familia, este aviso proporciona información básica sobre el nuevo mercado y la cobertura médica basada en el empleo ofrecida por su empleador.

¿Qué es el Mercado de Seguros Médicos?

El Mercado está diseñado para ayudarle a encontrar un seguro médico que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El Mercado ofrece una "ventanilla única" para encontrar y comparar opciones de seguros médicos privados. También puede ser elegible para un nuevo tipo de crédito fiscal que reduce su prima mensual de inmediato. La inscripción abierta para la cobertura de seguro médico a través del Mercado comienza en octubre de 2013 para la cobertura que comienza tan pronto como el 1 de enero de 2014.

¿Puedo ahorrar dinero en mis primas de seguro médico en el mercado?

Puede tener derecho a ahorrar dinero y reducir su prima mensual, pero sólo si su empresa no ofrece cobertura, u ofrece una cobertura que no cumple determinadas normas. El ahorro en la prima al que puede optar depende de los ingresos de su familia.

¿Afecta la cobertura sanitaria del empleador a la posibilidad de ahorrar en primas a través del mercado?

Sí. Si tiene una oferta de cobertura médica de su empleador que cumple con ciertas normas, no podrá optar a un crédito fiscal a través del Mercado y podría inscribirse en el plan de salud de su empleador.

Sin embargo, puede optar a un crédito fiscal que reduzca su prima mensual o a una reducción de determinados gastos compartidos si su empresa no le ofrece ninguna cobertura o no le ofrece una cobertura que cumpla determinadas normas. Si el coste de un plan de su empresa que le cubra a usted (y no a otros miembros de su familia) es superior al 9,5% de los ingresos de su hogar durante el año, o si la cobertura que ofrece su empresa no cumple la norma de "valor mínimo" establecida por la Ley de Asistencia Asequible, puede tener derecho a un crédito fiscal.

Nota: Si adquiere un plan de salud a través del Mercado en lugar de aceptar la cobertura médica ofrecida por su empleador, puede perder la contribución del empleador (si la hay) a la cobertura ofrecida por el empleador. Además, esta contribución del empleador -así como la contribución del empleado a la cobertura ofrecida por el empleador- suele excluirse de los ingresos a efectos del impuesto sobre la renta federal y estatal. Sus pagos por la cobertura a través del Mercado se realizan después de impuestos.

¿Cómo puedo obtener más información?

Para obtener más información sobre la cobertura ofrecida por su empresa, consulte el resumen de la descripción del plan o póngase en contacto con nancy.arana@lockhart.txed.net.

¹ El Mercado puede ayudarle a evaluar sus opciones de cobertura, incluyendo su elegibilidad para la cobertura a través del Mercado y su coste. Visite HealthCare.gov para obtener más información, incluyendo una solicitud en línea para la cobertura de seguro de salud y la información de contacto de un Mercado de Seguros de Salud en su área.

PARTE B: Información sobre la cobertura sanitaria ofrecida por su empresa

Esta sección contiene información sobre cualquier cobertura sanitaria ofrecida por su empresa. Si decide completar una solicitud de cobertura en el Mercado, se le pedirá que proporcione esta información. Esta información está numerada para que se corresponda con la solicitud del Mercado.

3. Nombre del empleador LOCKHART ISD		4. Número de identificación del empleador (EIN)X 74-6001635	
5. Dirección del empleador 105 S. COLORADO ST.		6. Número de teléfono del empleador 512-398-0020	
7. Ciudad LOCKHART	8. Estado TX	9. Código postal 78644	
10. ¿Con quién podemos ponernos en contacto sobre la cobertura sanitaria en este trabajo? NANCY ARANA			
11. Número de teléfono (si es diferente del anterior)		12. Dirección de correo electrónico nancy.arana@lockhart.txed.net	

A continuación le ofrecemos información básica sobre la cobertura sanitaria que ofrece esta empresa:

- Como empleador, ofrecemos un plan de salud para:
 - Algunos empleados. Los empleados elegibles son: a tiempo completo, que trabajan 30 horas semanales o más
- Con respecto a los dependientes:
 - Sí ofrecemos cobertura. Las personas a cargo elegibles son: su cónyuge legal, independientemente del sexo, y sus hijos naturales, adoptivos o en adopción hasta el final del mes en que cumplan 26 años
 - No ofrecemos cobertura.
- Si está marcada, esta cobertura cumple la norma de valor mínimo, y el coste de esta cobertura para usted pretende ser asequible, basándose en los salarios de los empleados.

** Incluso si su empleador pretende que esta cobertura sea asequible, puede ser elegible para un descuento en la prima a través del Mercado. El Mercado utilizará los ingresos de su hogar, junto con otros factores, para determinar si usted puede ser elegible para un descuento en la prima. Si, por ejemplo, su salario varía de una semana a otra (tal vez sea un empleado por horas o trabaje a comisión), si es un nuevo empleado a mitad de año o si tiene otras pérdidas de ingresos, aún puede tener derecho a un descuento en la prima.

Si decide buscar cobertura en el Mercado, **HealthCare.gov** le guiará en el proceso. Esta es la información del empleador que deberá introducir cuando visite **HealthCare.gov** para saber si puede obtener un crédito fiscal para reducir sus primas mensuales.



SERVICIOS PERSONALES

Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Este aviso describe cómo se puede utilizar y divulgar su información médica y cómo puede acceder a ella. **Le rogamos que lo revise detenidamente.**

Fecha de entrada en vigor: 9/1/2022

Responsable de privacidad: Nancy Arana
Título: Especialista en
nóminas/prestaciones Correo electrónico:
nancy.arana@lockhart.txed.net
Teléfono: 512-398-0020

Sus derechos

Tienes derecho a:

- Obtenga una copia de su historial de salud y de siniestros
- Corregir sus registros de salud y siniestros
- Solicitar una comunicación confidencial
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos
- Obtenga una lista de las personas con las que hemos compartido su información
- Obtenga una copia de este aviso de privacidad
- Elige a alguien para que actúe por ti
- Presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad

Sus opciones

Usted tiene algunas opciones en la forma en que usamos y compartimos la información como nosotros:

- Responde a las preguntas de tu familia y amigos sobre la cobertura
- Proporcionar ayuda en caso de catástrofe
- Comercializar nuestros servicios y vender su información

Nuestros usos y divulgaciones

Podemos utilizar y compartir su información como:

- Ayudar a gestionar el tratamiento sanitario que recibe
- Dirigir nuestra organización
- Pagar por sus servicios sanitarios
- Administrar su plan de salud
- Ayuda en cuestiones de seguridad y salud pública
- Investiga
- Cumplir la ley
- Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un médico forense o director de la funeraria
- Atender las solicitudes de indemnización de los trabajadores, de las fuerzas del orden y de otras administraciones públicas
- Responder a demandas y acciones legales



Sus derechos

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

Obtenga una copia de los registros sanitarios y de siniestros

- Puede pedir ver u obtener una copia de su historial médico y de sus reclamaciones, así como de otros datos sanitarios que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de su historial médico y de reclamaciones, normalmente en un plazo de 30 días a partir de su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el coste.

Pedirnos que corrijamos los registros sanitarios y de siniestros

- Puede pedirnos que corrijamos sus registros de salud y reclamaciones si cree que son incorrectos o están incompletos. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos decir que "no" a su solicitud, pero le diremos el motivo por escrito en un plazo de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede pedirnos que nos pongamos en contacto con usted de una manera específica (por ejemplo, el teléfono de casa o de la oficina) o que le enviemos el correo a una dirección diferente.
- Tendremos en cuenta todas las solicitudes razonables, y debemos decir "sí" si nos dice que estaría en peligro si no lo hacemos.

Pedirnos que limitemos lo que utilizamos o compartimos

- Puede pedirnos que no utilicemos o compartamos

determinada información sanitaria para el tratamiento, el pago o nuestras operaciones.

- No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir "no" si eso afecta a su atención.

Obtener una lista de las personas con las que hemos compartido información

- Puede pedir una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información sanitaria durante los seis años anteriores a la fecha pregunta, con quién lo compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto las relacionadas con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y algunas otras divulgaciones (como las que usted nos haya solicitado). Le proporcionaremos un informe al año de forma gratuita, pero le cobraremos una tarifa razonable basada en el coste si solicita otro en un plazo de 12 meses.

Obtenga una copia de este aviso de privacidad

- Puede solicitar una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibirla por vía electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel sin demora.

Elige a alguien para que actúe por ti

- Si usted ha otorgado a alguien un poder médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tiene esta autoridad y puede actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

Presente una queja si considera que se han violado sus derechos

- Puede reclamar si cree que hemos violado sus derechos poniéndose en contacto con nosotros utilizando la información de la página 1.

- Puede presentar una reclamación ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Sus opciones

En el caso de determinados datos sanitarios, puede indicarnos sus opciones sobre lo que compartimos.

Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones descritas a continuación, hable con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene el derecho y la opción de decírnoslo:

- Compartir información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su atención
- Compartir información en caso de catástrofe
- *Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo si está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad. En estos casos, nunca compartimos su información a menos que nos dé permiso por escrito:*
- En estos casos, nunca compartimos su información a menos que nos dé permiso por escrito:
- Propósitos de marketing
- Venta de su información



SERVICIOS PERSONALES

Nuestros usos y divulgaciones

¿Cómo solemos utilizar o compartir su información sanitaria?

Normalmente utilizamos o compartimos su información sanitaria de las siguientes maneras.

Ayudar a gestionar el tratamiento sanitario que recibe

- Podemos utilizar su información sanitaria y compartirla con los profesionales que le están tratando.
- *Ejemplo: Un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos organizar servicios adicionales.*

Dirigir nuestra organización

- Podemos utilizar y divulgar su información para gestionar nuestra organización y ponernos en contacto con usted cuando sea necesario.
- No podemos utilizar la información genética para decidir si le vamos a dar cobertura y el precio de la misma. Esto no se aplica a los planes de asistencia a largo plazo.
- *Ejemplo: Utilizamos la información sobre su salud para desarrollar mejores servicios para usted.*

Pagar por sus servicios sanitarios

- Podemos utilizar y divulgar su información médica mientras pagamos sus servicios de salud.
- *Ejemplo: Compartimos información sobre usted con su plan dental para coordinar el pago de su trabajo dental.*

Administrar su plan

- Podemos revelar su información médica al patrocinador de su plan de salud para la administración del plan.

- *Ejemplo: Su empresa contrata con nosotros un plan de salud, y nosotros le proporcionamos a su empresa ciertas estadísticas para explicar las primas que cobramos.*
- ¿De qué otra forma podemos utilizar o compartir su información sanitaria?
- Se nos permite o se nos exige compartir su información de otras maneras - generalmente en formas que contribuyen al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir muchas condiciones de la ley antes de poder compartir su información para estos fines. Para más información, consulte: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/entender/consumidores/index.html.

Ayuda en cuestiones de seguridad y salud pública

- Podemos compartir información sanitaria sobre usted para determinadas situaciones como:
 - Prevención de enfermedades
 - Ayuda a la retirada de productos
 - Notificación de reacciones adversas a los medicamentos
 - Informar sobre sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
 - Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona

Investiga

- Podemos utilizar o compartir su información para la investigación sanitaria.

Cumplir la ley

- Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo exigen, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si éste quiere comprobar que cumplimos la ley federal de privacidad.

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos o trabajar con un médico forense o director de la funeraria

- Podemos compartir información sanitaria sobre usted con organizaciones de obtención de órganos.
- Podemos compartir la información sanitaria con un forense, un examinador médico o un director de funeraria cuando una persona fallece.

Atender las solicitudes de indemnización de los trabajadores, de las fuerzas del orden y de otras administraciones públicas

- Podemos utilizar o compartir información sanitaria sobre usted:
 - Para las reclamaciones de indemnización de los trabajadores
 - Para fines de aplicación de la ley o como agente de la ley
 - Con los organismos de control sanitario para las actividades autorizadas por la ley
 - Para funciones gubernamentales especiales, como los servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial

Responder a demandas y acciones legales

- Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.



Nuestras responsabilidades

- La ley nos obliga a mantener la privacidad y la seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos rápidamente si se produce una infracción que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información.
- Debemos cumplir con las obligaciones y las prácticas de privacidad descritas en este aviso y entregarle una copia del mismo.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de forma distinta a la descrita aquí, a menos que usted nos diga que podemos hacerlo por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.
- Para más información, consulte:
www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/entender/consumidores/noticepp.html.

Cambios en los términos de este aviso

- Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible si lo solicita, en nuestro sitio web, y le enviaremos una copia por correo.



SERVICIOS PERSONALES

Ayuda a las primas de Medicaid y del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para la cobertura de salud de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia de la prima que puede ayudar a pagar la cobertura, utilizando los fondos de sus programas de 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 puedan comprar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para más información, visite www.healthcare.gov.

Si usted o las personas a su cargo ya están inscritos en Medicaid o CHIP y viven en uno de los estados que se indican a continuación, póngase en contacto con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para saber si hay ayudas para las primas.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y cree que usted o alguno de sus dependientes podría ser elegible para cualquiera de estos programas, póngase en contacto con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado o marque el **1-877-KIDS NOW** o www.insurekidsnow.gov para saber cómo solicitarlo. Si reúne los requisitos, pregunte a su estado si tiene un programa que pueda ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o las personas a su cargo tienen derecho a la ayuda para el pago de la prima en virtud de Medicaid o CHIP, así como al plan de su empresa, ésta debe permitirle inscribirse en el plan de su empresa si aún no está inscrito. Esto se denomina oportunidad de "inscripción especial" y **debe solicitar la cobertura en un plazo de 60 días a partir de que se determine que tiene derecho a la ayuda para el pago de las primas**. Si tiene preguntas sobre la inscripción en el plan de su empresa, póngase en contacto con el Departamento de Trabajo en www.askebsa.dol.gov o llame al **1-866-444-EBSA (3272)**.

Si vive en uno de los siguientes estados, puede tener derecho a una ayuda para pagar las primas del plan de salud de su empresa. La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de enero de 2022. Póngase en contacto con su Estado para obtener más información sobre la elegibilidad.

ALABAMA - Medicaid	CALIFORNIA - Medicaid
Página web: http://myalhipp.com/ Teléfono: 1-855-692-5447	Página web: Programa de Pago de Primas del Seguro Médico (HIPP) http://dhcs.ca.gov/hipp Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov
ALASKA - Medicaid	COLORADO-Health First Colorado (Programa de Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)
Página web del Programa de Pago de Primas del Seguro Médico de AK: http://myakhipp.com/ Teléfono: 1-866-251-4861 Correo electrónico: CustomerService@MyAKHIP.com Elegibilidad de Medicaid: http://dhss.alaska.gov/dpa/Pages/medicaid/default.aspx	Página web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/ Centro de contacto para miembros de Health First Colorado: 1-800-221-3943/ State Relay 711 CHP+: https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus Servicio de atención al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/ Relevo estatal 711 Programa de compra de seguros médicos (HIBI): https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/health-programa-de-compra-de-seguros Servicio de atención al cliente de HIBI: 1-855-692-6442
ARKANSAS - Medicaid	FLORIDA - Medicaid

SERVICIOS PERSONALES



<p>Página web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)</p>	<p>Página web: https://www.flmedicaidtplrecovery.com/flmedicaidtplrecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268</p>
GEORGIA - Medicaid	MAINE - Medicaid
<p>Sitio web de HIPP: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162, Pulse 1 GA CHIPRA Website: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-partyliability/childrens-health-insurance-program-reauthorizationact-2009-chipra Teléfono: (678) 564-1162, pulse 2</p>	<p>Página web de inscripción: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Relevo de Maine 711</p> <p>Página web del seguro médico privado: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: -800-977-6740. TTY: Relevo de Maine 711</p>
INDIANA - Medicaid	MASSACHUSETTS - Medicaid y CHIP
<p>Healthy Indiana Plan para adultos de 19 a 64 años con bajos ingresos Sitio web: http://www.in.gov/fssa/hip/ Teléfono: 1-877-438-4479 Todos los demás Medicaid Página web: https://www.in.gov/medicaid/ Teléfono: 1-800-457-4584</p>	<p>Página web: http://www.mass.gov/eohhs/gov/departments/masshealth/ Teléfono: 1-800-862-4840</p>
IOWA--Medicaid y CHIP (Hawki)	MINNESOTA - Medicaid
<p>Página web de Medicaid: https://dhs.iowa.gov/ime/members Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366 Página web de Hawki: http://dhs.iowa.gov/Hawki Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563 Página web de HIPP: https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaida-to-z/hipp Teléfono HIPP: 1-888-346-9562</p>	<p>Página web: https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp Teléfono: 1-800-657-3739</p>
KANSAS - Medicaid	MISSOURI - Medicaid
<p>Página web: https://www.kancare.ks.gov/ Teléfono: 1-800-792-4884</p>	<p>Página web: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005</p>
KENTUCKY - Medicaid	MONTANA - Medicaid
<p>Programa de Pago de Primas del Seguro Médico Integrado de Kentucky (KI-HIPP) Página web: https://chfs.ky.gov/agencias/dms/member/Pages/kihipp.aspx Teléfono: 1-855-459-6328 Correo electrónico: KIHIPP.PROGRAM@ky.gov KCHIP Página web: https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-877-524-4718 Página web de Kentucky Medicaid: https://chfs.ky.gov</p>	<p>Página web: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084</p>
LOUISIANA - Medicaid	NEBRASKA - Medicaid



SERVICIOS PERSONALES

Página web: www.medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)	Página web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178
NEVADA - Medicaid	CAROLINA DEL SUR - Medicaid
Página web de Medicaid: http://dhcfnv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900	Página web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820
NUEVA HAMPSHIRE - Medicaid	DAKOTA DEL SUR - Medicaid
Página web: https://www.dhhs.nh.gov/oii/hipp.htm Teléfono: 603-271-5218 Número de teléfono gratuito del programa HIPP 1-800-852-3345, ext 5218	Página web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059
NUEVA JERSEY - Medicaid y CHIP	TEXAS - Medicaid
Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Teléfono de Medicaid: 609-631-2392 Página web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710	Página web: http://gethipptexas.com/ Teléfono: 1-800-440-0493
NUEVA YORK - Medicaid	UTAH - Medicaid y CHIP
Página web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831	Página web de Medicaid: https://medicaid.utah.gov/ Página web de CHIP: http://health.utah.gov/chip Teléfono: 1-877-543-7669
CAROLINA DEL NORTE - Medicaid	VERMONT- Medicaid
Página web: https://medicaid.ncdhhs.gov/ Teléfono: 919-855-4100	Página web: http://www.greenmountaincare.org/ Teléfono: 1-800-250-8427
DAKOTA DEL NORTE - Medicaid	VIRGINIA - Medicaid y CHIP
Página web: http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/ Teléfono: 1-844-854-4825	Página web: https://www.coverva.org/en/famis-select https://www.coverva.org/en/hipp Teléfono de Medicaid: 1-800-432-5924 Teléfono de CHIP: 1-800-432-5924
OKLAHOMA - Medicaid y CHIP	WASHINGTON - Medicaid
Página web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742	Página web: https://www.hca.wa.gov/ Teléfono: 1-800-562-3022
OREGON - Medicaid	VIRGINIA OCCIDENTAL - Medicaid y CHIP
Página web: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx http://www.oregonhealthcare.gov/index-es.html Teléfono: 1-800-699-9075	Página web: https://dhhr.wv.gov/bms/ http://mywvhipp.com/ Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 Teléfono gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)
PENNSYLVANIA - Medicaid	WISCONSIN - Medicaid y CHIP
Página web: https://www.dhs.pa.gov/providers/Providers/Pages/Medical/HIPP-Program.aspx Teléfono: 1-800-692-7462	Página web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002

SERVICIOS PERSONALES



RHODE ISLAND - Medicaid y CHIP	WYOMING - Medicaid
Página web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 1-855-697-4347, o 401-462-0311 (Rlte directo Línea de acción)	Página web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-andeligibility/ Teléfono: 1-800-251-1269

Para ver si algún otro estado ha añadido un programa de asistencia a las primas desde el 31 de enero de 2022, o para obtener más información sobre los derechos especiales de inscripción, póngase en contacto con cualquiera de ellos:

Departamento de Trabajo de EE
Humanos de EE.UU. Employee Benefits Security Administration
Services www.dol.gov/agencies/ebsa
1-866-444-EBSA (3272)

UU. Departamento de Salud y Servicios
Centers for Medicare & Medicaid
www.cms.hhs.gov
1-877-267-2323, opción de menú 4, extensión 61565

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Pub. L. 104-13) (PRA), ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que dicha recopilación muestre un número de control válido de la Oficina de Gestión y Presupuesto (OMB). El Departamento señala que un organismo federal no puede llevar a cabo o patrocinar una recopilación de información a menos que sea aprobada por la OMB en virtud de la PRA, y muestre un número de control de la OMB actualmente válido, y el público no está obligado a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control de la OMB actualmente válido. Véase 44 U.S.C. 3507. Asimismo, sin perjuicio de otras disposiciones legales, ninguna persona podrá ser sancionada por no cumplir con una recopilación de información si ésta no muestra un número de control de la OMB actualmente válido. Véase el 44 U.S.C. 3512.

Se estima que la carga de información pública para esta recopilación de información es de aproximadamente siete minutos por encuestado. Se anima a las partes interesadas a que envíen sus comentarios sobre la estimación de la carga o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluyendo sugerencias para reducir esta carga, al U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, Office of Policy and Research, Attention: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210 o envíe un correo electrónico a ebsa.opr@dol.gov y haga referencia al número de control OMB 1210-0137.

Número de control OMB 1210-0137 (expira el 31/1/2023)

Brown & Brown, Inc. y todos sus afiliados, no proporcionan orientación o asesoramiento legal, reglamentario o fiscal. Si se necesita asesoramiento o representación legal, se deben buscar los servicios de un profesional del derecho. La información contenida en este documento pretende ofrecer una visión general de los servicios que contiene. Brown & Brown, Inc. no representa ni garantiza la exactitud o integridad del documento y no asume ninguna obligación de actualizar o revisar el documento sobre la base de nueva información o cambios futuros.

Directorio

Plan	Red	Número de Grupo	Sitio Web	Teléfono
Médico Lioncare Telemedicine	Kempton Group RediMD	N/A	www.kemptongroup.com www.redimd.com	800-324-9396 866-989-2873
Cuenta de Gastos Flexible	Proficient Benefit Solutions	Lockhart	www.proficientbenefits.com	210-659-8100
Dental	Guardian	0550446	www.guardiananytime.com	888-482-7342
Visión	Guardian - VSP	0550446	www.vsp.com	800-877-7195
Vida a Término Básico y AD&D Vida a Término Voluntario Plan de Servicios de TravelAid Beneficio de Matrícula Universitaria Accidente Enfermedad Crítica Indemnización Hospitalaria Cáncer	Guardian	0550446	www.guardiananytime.com	888-482-7342
Programa de Asistencial al Empleado (EAP)	Deer Oaks	Lockhart	www.deeroakseap.com	866-327-2400
Vida Universal	Trustmark	6506	www.trustmarkins.com	800-918-8877
Incapacidad	Unum	676746	www.unum.com	866-679-3054
Robo de Identidad, Descuento Legal, Telemedicina	SafetyNets Plus	15176	www.safetynetsplus.com	800-787-3988
403 (b)	The Omni Group	N/A	www.omni403b.com	877-544-6664

Miembro de Equipo	Email	Teléfono
Contacto del Distrito de Lockhart ISD		
Nancy Arana <i>Beneficios para Empleados</i>	nancy.arana@lockhart.txed.net	512-398-0020
Brown & Brown of Texas Insurance		
Tamara Mathews <i>Employee Benefits Leader</i>	tamara.mathews@bbrown.com	210-524-7139

Equipo	Red	Teléfono
Centro de Servicios de Beneficios	Professional Enrollment Concepts (PEC)	866-337-3572



BENEFICIOS PARA EMPLEADOS
AÑO DEL PLAN **2022 - 2023**

