



2024 BENEFICIOS REGISTRO ABIERTO

UN PANORAMA DE LA AMPLIA GAMA DE BENEFICIOS PROVISTOS POR
ELLICOTT SCHOOL DISTRICT 22 PARA AYUDARTE A DISFRUTAR DE UN
BIENESTAR INCREMENTADO Y SEGURIDAD FINANCIERA



Trabajamos para usted – y estamos aquí para ayudar

Somos una firma de consultoría y gestión de beneficios independiente contratada para ayudar a los empleados con todas las inquietudes y preguntas relacionadas a los beneficios de seguro grupales.

Consultas de Beneficios



Preguntas sobre su póliza

Nuestros gerentes de cuenta pueden responder preguntas sobre renovaciones, cumplimiento y reforma de salud, problemas de servicio escalados, reuniones de empleados y discusiones de bienestar.



Reclamos

Acuda a nuestro Especialista de cuenta con sus consultas de beneficios, problemas de reclamos, preguntas sobre la aseguradora, problemas de facturación y búsqueda de proveedores.



Asuntos Administrativos

El administrador de su cuenta puede ayudar con problemas de inscripción, preguntas sobre eventos calificativos, cambios de domicilio para empleados y solicitudes de tarjetas de identificación.

Contacto de Beneficios



Molly Artes

Gerente de Cuenta
(719) 533-3104
molly.artes@moodyins.com



Shawn Alexander

Administrador de Cuenta
(719) 533-3107
shawn.alexander@moodyins.com



Angel Patterson

Administrador de Cuenta
(719) 533-3103
angel.patterson@moodyins.com

Denver, CO

8055 East Tufts Ave
Suite 1000

Grand Junction, CO

760 Horizon Dr
Suite 302

Colorado Springs, CO

1755 Telstar Drive
Suite 112

Beneficios para 2024

Tabla de Contenidos

1) Planes y tarifas de seguros	6
2) Prestaciones médicas	7
3) Beneficios dentales	8
4) Beneficios de la visión	11
5) Página de notas	13

Beneficios para 2024

Visión General de los Programas de Beneficios

Ellicott School District proporciona una serie de beneficios que pueden ayudarte a disfrutar de un mejor bienestar, enfrentarte a una enfermedad o un accidente inesperado, construir y proteger tu seguridad financiera, equilibrar tu vida personal y profesional y satisfacer las necesidades de cada día. Estos beneficios son asequibles, globales y competitivos.

La siguiente tabla resume los beneficios disponibles para el personal y sus dependientes elegibles. Estos beneficios se describen con mayor detalle en este folleto.

Beneficios De-Un-Vistazo

Medical

Cambiando a Kaiser Permanente

Voluntary Dental

Renovando con Beta Health y Delta Dental

Vision

Renovando con EyeMed

Enrollment System

Bernie Portal

Beneficios para 2024

Elegibilidad, Cambios y Eventos clasificatorios

¿Como inscribirse?

- El primer paso es revisar el paquete de ofertas de beneficios.
- Usted tiene que completar las formas necesarias lo mas pronto posible
- Una vez termines sus elecciones, no podras cambirlas hasta el proximo "Inscripción abierta", a menos que tengas un evento clasificatorio.

¿Quien es eligible?

- Empleados de tiempo completo triabajando 30 o mas horas a la semana, sus esposas/esposos, y dependientes hasta la edad 26.
- **Elegibilidad empieza en siguiente a los 30 días a partir de la fecha de contratación**

¿Cuando inscribirse?

- El periodo de "Inscripción abierta" corre de 01/11/2023 – 17/11/2023.
- Los beneficios eligidos durante el "Inscripción abierta" seran efectivos el 01/01/2024 hasta el 31/12/2024.
- Empleados nuevos tienen que inscribirse o renunciar beneficios dentro de 30 dias de ser eligible.

Eventos Clasificatorios

- Empleados eligible pueden inscribirse o hacer cambios a sus beneficios durante el periodo de Inscripción abierta anualmente.
- Igual a otros beneficios, una vez eligas una opcion, usted esta obligado a ese plan de beneficios por el resto del año. A menos que pase un evento clasificatorio. Esto incluye, pero no esta limitado a:
 - Cambios a estado de empleo
 - Cambios matrimoniales legal
 - Cambios a numero de dependientes
 - Tomar licencia sin sueldo
 - Dependiente satisfacio o paro de satisfacer el requisito de elegibilidad
 - Family Medical Leave Act (FMLA).
 - Un evento clasificatorio de COBRA
 - Derecho a Medicare o Medicaid
 - Un cambio en lugar de residencia del empleado, donde el asegurador no esta disponible

Beneficios para 2024

Planes Y Tarifas De Seguros

ELLICOTT SCHOOL DISTRICT 22

Home of the Thunderhawks



Ellicott School District 22 pagará los costes Peak Med de todos los empleados y dependientes inscritos en el plan médico.

HEALTH INSURANCE: Kaiser

Kaiser DHMO Plan G 2000/70 Plus

	<u>DISTRICT</u>	<u>EMPLOYEE</u>	<u>TOTAL</u>
Empleado/a	\$647.00	-\$0.09	\$646.91
Empleado/a+Espos/a	\$647.00	\$705.04	\$1,352.04
Empleado/a+Niño/a(s)	\$647.00	\$595.06	\$1,242.06
Familia	\$647.00	\$1,022.02	\$1,669.02

Kaiser DHMO Plan A 500/90 Plus

	<u>DISTRICT</u>	<u>EMPLOYEE</u>	<u>TOTAL</u>
Empleado/a	\$647.00	\$60.43	\$707.43
Empleado/a+Espos/a	\$647.00	\$831.52	\$1,478.52
Empleado/a+Niño/a(s)	\$647.00	\$711.26	\$1,358.26
Familia	\$647.00	\$1,178.16	\$1,825.16

Kaiser PPO Plan E 2000/70

	<u>DISTRICT</u>	<u>EMPLOYEE</u>	<u>TOTAL</u>
Empleado/a	\$647.00	\$162.37	\$809.37
Empleado/a+Espos/a	\$647.00	\$1,044.58	\$1,691.58
Empleado/a+Niño/a(s)	\$647.00	\$906.98	\$1,553.98
Familia	\$647.00	\$1,441.17	\$2,088.17

Voluntary VISION: EyeMed

Employee	\$8.55	Employee + Children	\$17.10
Employee + Spouse	\$16.25	Employee + Family	\$25.14

Voluntary DENTAL:

Beta Health Alpha US

Employee	\$8.75	Employee + Children	\$15.00
Employee + Spouse	\$15.00	Employee + Family	\$16.50

Delta Dental

Employee	\$48.91	Employee + Children	\$99.59
Employee + Spouse	\$92.60	Employee + Family	\$160.74



KAISER PERMANENTE®

Resumen de Cobertura

Beneficios para 2024 Médico

Características del plan	DHMO 2000/30/70% (Base) Includes Plus Benefits	DHMO 500/30/90% (Mid) Includes Plus Benefits	PPO 2000/30/30% (Buy-Up)
EN LA RED			
Año calendario Deducibles (Indiv / familia)	\$2,000 / \$4,000	\$500 / \$1,000	\$2,000 / \$4,000
Remisión? / la red	Sí / HMO	Sí / HMO	No / Choice PPO
Atención preventiva	\$0	\$0	\$0
Visita de atención primaria	\$30	\$30	\$30
Visita de especialista	\$60 30% de coseguro para otros servicios cubiertos	\$50 10% de coseguro para otros servicios cubiertos	\$60 30% de coseguro para otros servicios cubiertos
Atención Virtual	\$0	\$0	\$0
Laboratorios	\$30	\$30	\$30
Radiografías	Consultorio del proveedor: 20% Después de deducible Hospital para pacientes ambulatorios: 30% Después de deducible	Consultorio del proveedor: 5% Después de deducible Hospital para pacientes ambulatorios: 10% Después de deducible	30% Después de deducible
Imágenes complejas	30% Después de deducible	10% Después de deducible	30% Después de deducible
Procedimiento ambulatorio	Centro de cirugía ambulatoria: 20% Después de deducible Hospital para pacientes ambulatorios: 30% Después de deducible	Centro de cirugía ambulatoria: 5% Después de deducible Hospital para pacientes ambulatorios: 10% Después de deducible	30% Después de deducible
Visita de pacientes hospitalizados	30% Después de deducible	10% Después de deducible	30% Después de deducible
Sala de emergencias	\$500	\$500	\$500
Atención de urgencia	\$75	\$50	\$50
Farmacia / RX (Suministro para 30 días)	\$15 / \$50 / \$75 / 30% hasta \$300	\$15 / \$50 / \$75 / 30% hasta \$300	\$15 / \$50 / \$75 / 30% hasta \$300
Farmacia / RX (Suministro para 90 días)	\$30 / \$100 / \$150	\$30 / \$100 / \$150	\$30 / \$100 / \$150
Año calendario Desembolso máximo (Indiv / familia)	\$6,000 / \$12,000	\$4,500 / \$9,000	\$5,000 / \$10,000
FUERA DE LA RED			
	Consulte con información de beneficios Plus excepto para la sala de emergencias	Consulte con información de beneficios Plus excepto para la sala de emergencias	Consulte con SBC
SITIO WEB / LA RED / NÚMERO DE TELÉFONO			
	www.kp.org / HMO / 855-249-5005	www.kp.org / HMO / 855-249-5005	https://choiceproducts-colorado.kaiserpermanente.org / Choice PPO / 855-364-3184

* El miembro puede ser responsable de cualquier cantidad por encima de la cantidad permitida

Beneficios para 2024

Cobertura Dental



Resumen de Cobertura

Delta Dental PPO™
Beta Plan 4
Resumen de beneficios

Deducible por año calendario		Individual: \$50 Familiar: \$150	Se aplica únicamente a los servicios básicos y servicios principales.	
Cantidad máxima por año calendario		\$2000	Por persona	
Cantidad máxima de por vida para ortodoncia		No incluido		
Prevention First		Incluido	No se aplican deducibles a los servicios preventivos y de diagnóstico, y estos servicios no cuentan para la cantidad máxima por año calendario si consultas a un proveedor de la PPO™ o de Premier® para todos los servicios.	
Right Start 4 Kids®		Incluido	Para niños hasta que cumplan 13 años con un coseguro del 100 % para servicios preventivos y de diagnóstico, básicos y principales hasta el máximo por año calendario cuando utilices un proveedor PPO o Premier para todos los servicios*	
Red	Proveedor de Delta Dental	Proveedor de Delta Dental	Proveedor no participante	Limitaciones de beneficios
Servicios preventivos y de diagnóstico				
Exámenes orales y limpiezas	100%	90%	90%	2 por año calendario; hasta 2 limpiezas adicionales con cualquier condición de odontología basada en evidencia (EBD) (enfermedad periodontal con: diabetes, embarazo o cardiovascular) o supresión del sistema inmunitario, insuficiencia renal/diálisis
Evaluación oral limitada: centrada en el problema	100%	90%	90%	2 por año calendario (además del examen oral).
Exámenes de detección	100%	90%	90%	2 por año calendario (además del examen oral).
Selladores	100%	90%	90%	1 por diente en cualquier período de 3 años, hasta los 19 años.
Radiografías de aleta mordible (interproximal)	100%	90%	90%	1 serie (cualquier cantidad de radiografías) por año calendario (incluye las radiografías de aleta mordible [interproximal] verticales).
Radiografías panorámicas	100%	90%	90%	1 cada 5 años, a menos que se presente documentación sobre una necesidad especial.
Fluoruro	100%	90%	90%	2 por año calendario, sin límite de edad.
Mantenedores de espacio	100%	90%	90%	1 por cuadrante, una sola vez de por vida (unilateral o bilateral), para mantener el espacio para la erupción de los dientes posteriores permanentes, hasta los 19 años.
Servicios básicos				
Obturaciones	80%	80%	80%	Amalgama (plata) o empastes con composite: 1 por diente y por superficie cada 5 años.
Extracciones simples	80%	80%	80%	
Servicios de anestesia	80%	80%	80%	General, sedación por vía intravenosa o analgesia (óxido nitroso): cubierta hasta 1 hora con Endodoncia, cirugía periodontal, colocación de implante dental.
Cirugía oral	80%	80%	80%	
Endodoncia/Periodoncia	80%	80%	80%	Limpiezas periodontales: 4 limpiezas de mantenimiento por año (sin superar las 4 limpiezas por año).
Servicios principales				
Reparación/Revestimiento de prótesis dental	50%	50%	50%	1 cada 3 años por cada prótesis.
Coronas, implantes	50%	50%	50%	Coronas: 1 cada 7 años; no es un beneficio para los menores de 12 años. Implantes: 1 cada 7 años; no es un beneficio para los menores de 16 años.
Prótesis dentales, puentes	50%	50%	50%	1 cada 7 años; no corresponde como beneficio para los menores de 16 años.
Placas oclusales	50%	50%	50%	1 cada 5 años; se cubre 1 ajuste por año, luego de un período de 6 meses desde la colocación inicial.
Servicios de ortodoncia		No incluido	No incluido	No incluido

RIGHT START 4 KIDS (RS4K) DE DELTA DENTAL DE COLORADO es una mejora de diseño de plan única que elimina la mayoría de las barreras de costos para la atención dental al brindar cobertura para niños hasta los 13 años con un coseguro del 100 % para servicios preventivos y de diagnóstico, servicios básicos y servicios principales, sin deducible, cuando se atiende a proveedores dentro de la red.* Si se atiende a un proveedor fuera de la red, se aplicarán los niveles de coseguro para adultos. Los servicios de ortodoncia están disponibles pero no son elegibles para el nivel de cobertura del 100 % de RS4K. Right Start 4 Kids está sujeto a limitaciones, exclusiones y un máximo anual. Consulta tu folleto de beneficios para conocer la cobertura específica del plan, ya que varía de un grupo a otro.

Estás inscrito en un plan Delta Dental PPO plus Premier. Tú y tu familia pueden consultar a cualquier proveedor autorizado, pero recibirán los mayores ahorros de bolsillo si consultan a un proveedor de Delta Dental PPO.

Si no consultas a un proveedor PPO y tu proveedor te cobra más que la tarifa permitida por el proveedor PPO, serás responsable de los cargos en exceso. Si consultas a un proveedor Premier, serás responsable de la diferencia entre la tarifa permitida del proveedor PPO y la tarifa de la asignación máxima del Plan Premier (MPA). Si consultas a un proveedor no participante, serás responsable de la diferencia entre la tarifa permitida del proveedor PPO y los cargos completos que se te facturen..

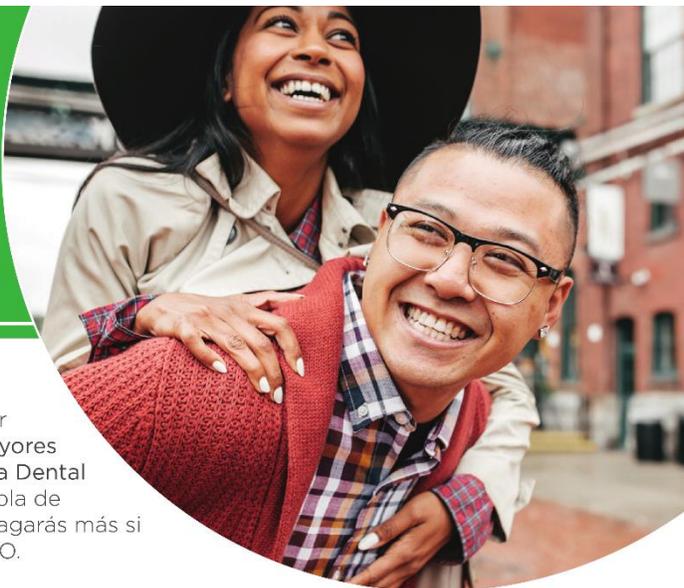
Beneficios para 2024

Cobertura Dental



Cargo máximo permitido (MAC)

Una prestación del plan Delta Dental PPO™



Con el plan Delta Dental MAC, una prestación de Delta Dental PPO, tú y tu familia pueden consultar a cualquier proveedor con licencia. Sin embargo, obtendrás los mayores ahorros de bolsillo si consultas a un proveedor de Delta Dental PPO. Las reclamaciones se pagan de acuerdo con la tabla de tarifas de la PPO (cargo máximo permitido); es decir, pagarás más si seleccionas un proveedor que no pertenece a la red PPO.

Ventajas del plan Delta Dental MAC PPO:

- **AHORROS:** Los descuentos acordados con los proveedores de Delta Dental PPO se traducen en los costos de bolsillo más bajos y protección de la facturación del saldo. Puedes pedirle también a tu proveedor que te envíe una predeterminación de beneficios. Delta Dental analizará el plan de tratamiento y le informará a tu proveedor el importe que tú deberías pagar para que puedas tener una visión clara de los costos antes del tratamiento.
- **OPCIÓN:** Si optas por un proveedor del plan Delta Dental Premier®, seguirás ahorrando dinero, pero pagarás la diferencia que exista entre la tarifa de Premier y la tarifa de la PPO. Y si eliges consultar a un proveedor no participante, deberás pagar los gastos de bolsillo más altos y se te facturará el saldo.
- **RED:** Delta Dental ofrece cobertura a más de 80 millones de estadounidenses, lo que lo convierte en el proveedor de seguro dental más grande del país, y cuenta además con la red dental más grande, con aproximadamente 114,000 proveedores participantes de la red PPO en todo el país. Los proveedores de la red presentan las reclamaciones directamente a Delta Dental en tu nombre y cobran la totalidad de los reembolsos de Delta Dental.

Ejemplo de ahorros para un procedimiento mayor*

	Costo del procedimiento	Tarifas máximas permitidas	Tarifa de la PPO	Porcentaje pagado por Delta Dental	Importe que paga Delta Dental	Importe total que tú pagas
Red de la PPO	\$1,200	\$850	\$850	50%	\$425	\$425
Red de Premier**	\$1,200	\$975	\$850	50%	\$425	\$550
Fuera de la red**	\$1,200	Sin límite	\$850	50%	\$425	\$775+

*NOTA: los ejemplos de pagos anteriores son solo a fines ilustrativos. Consulta en tu plan específico las tarifas, las tasas del coseguro y qué procedimientos se consideran mayores, ya que no son iguales en todos los planes. El ejemplo supone que se ha alcanzado el deducible.

**Sin protección de facturación del saldo.

Paga para usar proveedores de la red de Delta Dental, especialmente aquellos en nuestra red de la PPO. Visita nuestro sitio web deltadentalco.com y encuentra proveedores participantes o verifica si tu proveedor actual pertenece a la red mediante la herramienta de búsqueda Find a Dentist (Buscar un dentista).

Beneficios para 2024

Cobertura Dental



Right Start 4 Kids®
de Delta Dental de Colorado



¿Sabías que las caries representan la afección más crónica durante la infancia? Las caries son cinco veces más comunes que el asma. Los niños que sufren dolor debido a las caries suelen faltar más a la escuela y tienen calificaciones más bajas que sus compañeros, y ni mencionemos las horas de trabajo que pierden sus padres. Sin embargo, existe casi un 100% de probabilidad de prevenir las caries; además, es sencillo proteger la salud oral de tu hijo y asegurarle una mejor salud en general.

RIGHT START 4 KIDS (RS4K) DE DELTA DENTAL DE COLORADO es una prestación exclusiva del plan que elimina la mayoría de las barreras de costos para la atención dental al ofrecer cobertura para niños de hasta 13 años con un coseguro del 100% para los servicios preventivos y de diagnóstico cubiertos, básicos y principales, y sin deducibles si se consultan a proveedores dentro de la red.* Si consultas a un proveedor fuera de la red, se aplicarán los niveles de coseguro para adultos. Los servicios de ortodoncia no se incluyen en el nivel de cobertura al 100% de RS4K.

¿Quieres conocer más acerca de la salud oral de tu hijo y por qué es tan importante cuidarla desde una edad temprana? Visita la sección Oral Health & Wellness (Salud y bienestar oral) en nuestro sitio web deltadentalco.com/wellness.aspx.

EL MEJOR COMIENZO PARA UN FUTURO BRILLANTE



COBERTURA AL 100%*



SIN DEDUCIBLES



PROVEEDORES
DENTRO DE LA RED



SONRISAS SALUDABLES
Y FUTUROS BRILLANTES

*Right Start 4 Kids está sujeto a limitaciones, exclusiones y una cantidad máxima anual. Consulta el folleto sobre beneficios para corroborar la cobertura de tu plan específico, ya que no es igual en todos los grupos.



deltadentalco.com



Beneficios para 2024

Cobertura Visión

Resumen de Cobertura



Ellicott School District 22

RESUMEN DE BENEFICIOS

SERVICIOS DE ATENCIÓN DE LA VISTA	COSTO PARA AFILIADOS A LA RED	REEMBOLSO PARA AFILIADOS FUERA DE LA RED
SERVICIOS DE EXÁMENES		
Examen	Copago de \$20	Hasta \$40
Diagnóstico por imágenes de la retina	Hasta \$39	No está cubierto
AJUSTE Y SEGUIMIENTO DE LENTES DE CONTACTO		
Ajuste y seguimiento estándar	Hasta \$40	No está cubierto
Ajuste y seguimiento premium	Descuento del 10% sobre el precio de venta	No está cubierto
ARMAZÓN		
Armazón	Copago de \$0; descuento del 20% sobre el saldo cuando se superen los \$180 de asignación	Hasta \$126
LENTES		
Monofocales	Copago de \$20	Hasta \$30
Bifocales	Copago de \$20	Hasta \$50
Trifocales	Copago de \$20	Hasta \$70
Lenticulares	Copago de \$20	Hasta \$70
Progresivos estándar	Copago de \$75	Hasta \$50
Progresivos premium	Copago de \$105 - 195	Hasta \$50
OPCIONES DE LENTES		
Recubrimiento antirreflejante estándar	Copago de \$45	Hasta \$5
Recubrimiento antirreflejante premium, nivel 1 - 3	Copago de \$57 - 85	Hasta \$5
Fotocromático de plástico	\$75	No está cubierto
Polycarbonato estándar	\$40	No está cubierto
Polycarbonato estándar, menores de 19 años	Copago de \$0	Hasta \$32
Recubrimiento contra rayaduras de plástico estándar	Copago de \$0	Hasta \$12
Color sólido y difuminado	Copago de \$0	Hasta \$12
Tratamiento contra los rayos ultravioleta (UV)	Copago de \$0	Hasta \$12
Todas las demás opciones de lentes	Descuento del 20% sobre el precio de venta	No está cubierto
LENTES DE CONTACTO		
Lentes de contacto convencionales	Copago de \$0; descuento del 15% sobre el saldo cuando se superen los \$180 de asignación	Hasta \$180
Lentes de contacto desechables	Copago de \$0, 100% del saldo sobre \$180 de asignación	Hasta \$180
Lentes de contacto médicamente necesarios	Copago de \$0	Hasta \$210
OTROS		
Cuidado de audición de la red Amplifon	Hasta un 64 % de descuento en audífonos, llame al 1.877.203.0675	No está cubierto
LASIK o PRK de la red U.S. Laser	Descuento del 15% sobre el precio de venta o 5% sobre el precio promocional, llame al 1-800-988-4221	No está cubierto
FRECUENCIA		
Examen	FRECUENCIA PERMITIDA - ADULTOS Una vez cada 12 meses desde la fecha del servicio	FRECUENCIA PERMITIDA - NIÑOS Una vez cada 12 meses desde la fecha del servicio
Lentes	Una vez cada 12 meses desde la fecha del servicio	Una vez cada 12 meses desde la fecha del servicio
Armazón	Una vez cada 24 meses desde la fecha del servicio	Una vez cada 24 meses desde la fecha del servicio
Lentes de contacto	Una vez cada 12 meses desde la fecha del servicio	Una vez cada 12 meses desde la fecha del servicio

(El plan permite al afiliado recibir ya sea lentes de contacto y armazón o el armazón y servicios de lentes)



40% DE DESCUENTO

par adicional de anteojos con graduación completos

20% DE DESCUENTO

artículos no cubiertos, incluidos anteojos de sol sin receta médica

Encuentre un oftalmólogo (Red de Insight)

- 866.804.0982
- eyemed.com
- Aplicación EyeMed Members
- Para información sobre LASIK, llame al 1.800.988.4221

Atención

Usted puede tener beneficios extra. Inicie sesión en eyemed.com/member para ver todos los planes incluidos con sus beneficios.

Beneficios para 2024

Cobertura Visión

¿Listo para vivir la mejor experiencia con EyeMed?

Hay muchos beneficios más para la vista además de los copagos y la cobertura. Prepárese para ver los beneficios que le esperan.

Su red es el lugar para comenzar

Vea a quien quiera, cuando quiera. Tiene miles de proveedores para elegir: oftalmólogos independientes, sus tiendas minoristas favoritas y hasta opciones en línea.

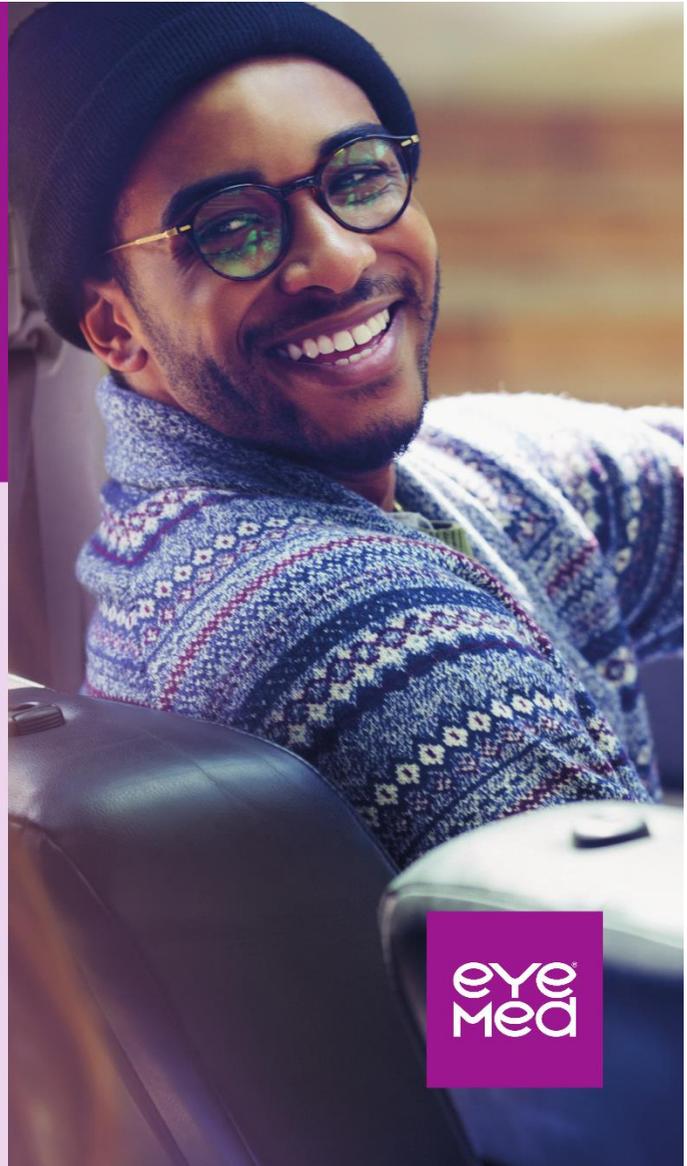
Esté atento a los descuentos adicionales

Los afiliados ya ahorran en promedio un 71% de descuento del precio de venta con los beneficios de EyeMed,¹ pero nuestra larga lista de ofertas especiales aporta aún más beneficios.

Recuerde: usted nunca está solo

Siempre estamos aquí para ayudarlo a usar sus beneficios como un profesional. Manténgase informado con alertas de texto y recursos para una vista sana por parte de los expertos. Si podemos facilitar los beneficios para usted, lo haremos.

¹ Con base en el promedio ponderado de las transacciones de ejemplo: red de EyeMed Insight/copago de examen de \$10/copago de materiales de \$10/asignación de armazón o lentes de contacto de \$120.



Cree una cuenta de afiliado en eyemed.com

Todo está allí, en un solo lugar. Revise reclamos y beneficios, vea las ofertas especiales y encuentre un oftalmólogo: busque uno según el horario, la ubicación y las marcas que desee. Para máxima movilidad, pruebe la aplicación EyeMed Members (en Google Play o la App Store).

INDEPENDENT
PROVIDER
NETWORK



LENSCRAFTERS

PEARLE
EST. 1921
VISION

OPTICAL



Ellicott School District 22

Folleto de Beneficios de Inscripción Abierta 2024