

BOLETÍN DE BENEFICIOS



Empleados nuevos 2022-2023

Junio 2022

BIENVENIDOS A CYPRESS-FAIRBANKS I.S.D.

En el Distrito Escolar Independiente Cypress-Fairbanks creemos que nuestros empleados son nuestro recurso más valioso. Sabemos lo arduo que trabajan a diario nuestros empleados para marcar la diferencia en la vida de los niños de CFISD. Es un trabajo importante y estamos muy agradecidos que hayan elegido trabajar con nosotros. Esta es la razón por la cual nos esforzamos para brindarles un paquete integral de beneficios que les proporcione la cobertura que necesiten cuando la necesiten. Esperamos que tengan una larga y exitosa carrera aquí en Cypress-Fairbanks ISD. Este Boletín de Beneficios tiene como fin presentarles el programa de beneficios a su disposición como empleados nuevos de Cypress-Fairbanks ISD.

INSTRUCCIONES PARA LA INSCRIPCIÓN

Sus beneficios son parte importante de su paquete de compensación general y sus elecciones pueden tener un impacto financiero en usted y en su familia. Como empleado recientemente contratado, su período de elegibilidad de inscripción para recibir beneficios está limitado a sus primeros 31 días de empleo. En cumplimiento con las regulaciones de la Ley de Cuidado Asequible y los requisitos de reporte de TRS-ActiveCare, todos los empleados nuevos tienen dos opciones: inscribirse en uno de los planes médicos de TRS-ActiveCare o rechazar (renunciar) el beneficio en el sistema de inscripción en internet de First Financial. No se hará excepciones para este requisito. Se considerará fuera de la norma a los empleados nuevos que no se inscriban o renuncien a sus beneficios durante el plazo de 31 días a partir de su primer día de empleo.

Para leer la descripción de los planes, ver los enlaces a las compañías de seguro y sus redes de proveedores y obtener información de contacto de los agentes, visite “Your Benefits Station” en www.cfisd.net, pestaña “Staff / HR / Insurance”. Si tiene preguntas, contacte a los agentes de los planes listados en la página 27. Recomendamos que no espere hasta el último día para intentar inscribirse en caso de que tenga problemas con el sistema.

FECHA LÍMITE PARA LA INSCRIPCIÓN: No más tarde que el 31.º día de empleo activo.

ÍNDICE

Instrucciones para la inscripción	1
Sitios web de Seguros y TRS-ActiveCare	2
Sistema de inscripción para beneficios First Financial	3
Bienvenido a TRS-ActiveCare ¿Quién es elegible?	4
Plan HD de TRS-ActiveCare	5
Plan Primary de TRS-ActiveCare	6
Plan Primary+ de TRS-ActiveCare	7
Plan 2 de TRS-ActiveCare	8
Primas mensuales para empleados de CFISD	9
Primas de Seguro de vida opcional	10
Aspectos destacados - Plan TRS-ActiveCare-Cobertura médica	11
Cuenta de ahorro para gastos médicos	12
Seguro de vida y Protección de identidad	13
Planes dentales	14
Discapacidad / Cáncer / Visión / EAP	15
Cambios de plan a medio año /Nombramiento de beneficiario	16
Plan de inversión	17
Mercado de seguros médicos y Cobertura de seguro médico	18
Información sobre la Ley de Cuidado de Salud Asequible -ACA	19
Avisos obligatorios / Ley de la salud de la mujer de 1998	20
Ley COBRA	21
Ley COBRA (continuación)	22
Compensación para trabajadores	23
Compensación para trabajadores (continuación)	24
Divulgación del plan médico con cláusula de anterioridad	25
Aviso de prácticas de privacidad de CFISD	26
Números telefónicos de ayuda de todos los planes	27

A los empleados nuevos que comiencen su contrato el 8 de agosto se les bloqueará automáticamente del sistema de beneficios en línea First Financial a las 11:59 p.m. del miércoles 7 de septiembre (31 días). Esto tendrá como resultado la pérdida de derechos de inscripción en los planes de beneficios como empleados nuevos. La próxima oportunidad de inscripción será durante el período de inscripción abierta anual en agosto de 2023, con una fecha de vigencia de cobertura del 1.º de septiembre de 2023. No se hará excepciones por no inscribirse antes de la fecha límite.

Fecha de vigor de la cobertura: Primer día del mes después del primer día de empleo pago del empleado recientemente contratado o el primer día del mes después de la fecha de la aprobación de la compañía de seguro (si fuese requisito para la cobertura), lo cual suceda más tarde. Para el seguro por discapacidad, la fecha de vigencia de la cobertura es el primer día del mes siguiente a la inscripción en línea del empleado para obtener cobertura.

Planes médicos TRS-ActiveCare solamente: Un empleado recientemente contratado puede escoger que la cobertura comience en su primer día de empleo pago o el mes siguiente al primer día de empleo pago (1.º de septiembre). Escoger cobertura el primer día de empleo (8 de agosto) significa que tendrá que pagar la prima mensual total por el mes de agosto a pesar de estar cubierto solo la mitad del mes. Esta es una decisión costosa, asegúrese de entender esta regla ya que afectará su cheque de pago y no se puede cambiar.

Los empleados nuevos deben inscribirse o rechazar los beneficios: Tienen dos opciones: inscribirse en uno de los planes médicos TRS-ActiveCare o rechazar el beneficio. Este es un requisito del Servicio de impuestos internos (IRS), la Ley de Cuidado Asequible y TRS-ActiveCare. Ingrese en el enlace del First Financial Enrollment System en CFISD.NET / Staff / HR / Insurance para inscribirse o rechazar el beneficio y para ingresar el nombre del beneficiario de su póliza básica de seguro de vida de \$30,000 provista sin costo alguno a todos los empleados elegibles. En el distrito y en el departamento de seguros, ubicado en el 10300 Jones Road, hay computadoras a su disposición.

DEDUCCIONES DE NÓMINA

Cada período de pago se deduce la mitad del costo de las primas mensuales de los beneficios seleccionados por el empleado (médico, dental, discapacidad y los otros planes opcionales). Si el ingreso bruto del empleado no es suficiente para cubrir el costo de los planes de beneficio seleccionados, se reducirá o cancelará los beneficios. AVISO ESPECIAL PARA PERSONAL DE SERVICIO DE ALIMENTOS, TRANSPORTE Y QUIENES TRABAJAN SOLO DURANTE EL AÑO ESCOLAR: A los empleados que no trabajan todo el año y que no reciben veinticuatro (24) cheques por año se les hacen deducciones adicionales, Primas de Seguro Pre-Pagadas (PIP) de sus cheques de pago desde octubre hasta el primer cheque en junio. Las deducciones PIP pagarán una parte de las primas de los meses de verano. Tenga esto en mente al inscribirse dado que sus ingresos deberán ser suficientes para cubrir las deducciones.

STAFF / HR / INSURANCE

Visite el sitio web del Departamento de Seguros para obtener respuestas a todas sus preguntas. Allí, encontrará:

- Enlace inscripción en línea en First Financial
- “Boletín de Beneficios para “Empleados Nuevos”
- Primas de beneficios para 2022-2023
- Enlace a Your Benefits Station, información de todos los beneficios y enlaces a los mismos
- Enlace al sitio web del Seguro médico Blue Cross Blue Shield de TRS-ActiveCare
donde tendrá acceso a lo siguiente:
- Guía de inscripción de TRS-ActiveCare 2022-2023
- Servicio al cliente de BCBS de Texas (866) 355-5999
- Acceso Blue para miembros
- Buscar un médico o una instalación
- Escoger un PCP
- Resumen de Beneficios y Cobertura
- Obtener una tarjeta de identificación temporal.
- Teladoc/RediMD – Consultas médicas de bajo (o sin) costo alguno para usted 24/7
- Acceso fácil a Caremark (Rx)
- Salud familiar y de la mujer
- Acceso móvil – BCBSTX App
- Línea de información de enfermería 24 horas
- WELL on TARGET
- Programa de aptitud física
- Entrenamiento para el bienestar
- Consejero de salud
- Programas de descuento

Sistema de inscripción en línea

First Financial Benefits

Obtenga acceso al Sistema First Financial por medio de la página web de Seguros del distrito

Obtenga acceso al Sistema First Financial por medio de la página web del distrito:

Visite: <http://www.cfisd.net>

Haga clic en: Staff

Haga clic en: Staff Portal

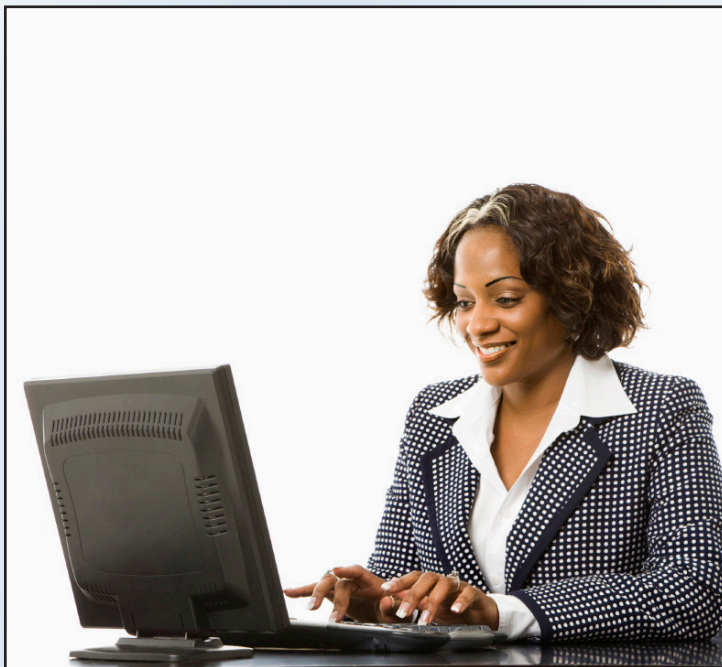
Haga clic en: Employee Resources Folder

Haga clic en: Benefit Solver Icon

También puede ingresar visitando: <http://my.cfisd.net> y haciendo clic en la carpeta *Employee Resources* y después en el ícono *Benefit Solver*.

¿Cuándo puede ingresar por primera vez?

Su primer día de empleo, siempre y cuando usted haya firmado su contrato y se haya procesado toda su información de empleado nuevo. Si usted intenta ingresar y el sistema no lo reconoce, intente volver a ingresar unos días más tarde. Si aún no puede ingresar, llame al Departamento de Seguros al 281-897-3882 para confirmación de su estado en línea.



¿Necesita ayuda para ingresar?

Si usted requiere ayuda técnica durante la inscripción, póngase en contacto con Servicio al Cliente del Sistema de Inscripción en Línea de First Financial Online.

Línea directa de inscripción de First Financial

(855) 523-8422

Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Información necesaria para inscribirse:

- El nombre de cada plan en el que desea inscribirse. (Ver páginas 14 a la 16 de este boletín)
- Para los miembros de su familia, independientemente de que piense inscribirlos o no, va a necesitar el nombre, número de seguro social y fecha de nacimiento de cada uno.
- Para la designación de beneficiarios de cualquier seguro de vida que desee hacer para el Seguro de Vida Básico y Opcional, va a necesitar el nombre, número de Seguro social y número de teléfono de cada beneficiario.
- Número de teléfono personal o del trabajo.

Reciba confirmación de sus inscripciones

Después de haberse inscrito, revise e imprima la confirmación antes de cerrar la sesión (*log out*). La confirmación impresa es necesaria para respaldar toda reclamación de error de procesamiento de la computadora.

REVISE SU CHEQUE DE PAGO

Verifique sus deducciones

Es su responsabilidad revisar las deducciones en su cheque de pago en el Centro de Acceso para Empleados para asegurarse de que reflejen correctamente sus selecciones de planes de beneficios. Las primeras deducciones de primas que reflejen su inscripción en los planes deben ser deducidas del primer cheque del mes siguiente a la fecha de empleo, dependiendo de la fecha de procesamiento del pago. Si las primas no se deducen en su primer cheque del mes, se harán deducciones dobles en el último cheque del mes.

Si usted ve algún error en su cheque de pago, póngase en contacto de inmediato con el Departamento de Seguros llamando al 281-897-3882 para que se las hagan las correcciones y los ajustes necesarios. Su demora en reportar errores después de la fecha de emitido el cheque podría tener como resultado la pérdida de derecho para hacer correcciones o recuperar sobrepagos de deducciones.

Bienvenido a los Planes Médicos de TRS-ACTIVECARE

Cypress-Fairbanks ISD ha participado en los Planes Médicos ActiveCare del Sistema de Jubilación de Maestros desde el año escolar 2011-2012.

¿Quién es elegible para inscribirse en los Planes Médicos de TRS-ActiveCare?

Todos los empleados de Cypress-Fairbanks ISD de tiempo completo y de tiempo parcial y empleados suplentes y temporales que vayan a trabajar 10 horas o más por semana, son elegibles para inscribirse.

¿Deben los empleados nuevos inscribirse o renunciar a los Planes Médicos de TRS-ActiveCare?

¡Sí! Aunque usted no tenga pensado inscribirse, usted **DEBE** ingresar al sistema en línea y renunciar a sus beneficios.

Todos los empleados de tiempo completo y los empleados de tiempo parcial, que piensan trabajar un mínimo de 15 horas por semana, **DEBEN** ingresar al Sistema de Inscripción en Línea para Beneficios de First Financial para inscribirse en uno de los planes de TRS-ActiveCare o rechazar el beneficio. Este es un requisito de TRS-ActiveCare y del IRS y permitirá al distrito estar en cumplimiento con las responsabilidades de presentación de informes de la Ley de Cuidado Asequible (ACA).

Los empleados de tiempo parcial que vayan a trabajar entre 10 y 14 horas por semana también son elegibles para inscribirse; sin embargo, deben pagar la prima total sin la ayuda de pago de prima de empleador de CFISD. Remítase a la tabla de Primas Mensuales del Empleado en este boletín. Para inscribirse, solicite un formulario de inscripción de TRS-ActiveCare en el Departamento de Seguros de CFISD dentro de un plazo de 31 días de la fecha del contrato. Si necesita ayuda, llame al Departamento de Seguros al (281) 897-3882.

Los empleados suplentes que vayan a trabajar un mínimo de 10 por semana pueden elegir inscribirse presentando el formulario de inscripción de TRS-ActiveCare descrito con anterioridad al Departamento de Seguros dentro de un plazo de 31 días de la fecha de contratación. Los empleados suplentes que decidan no inscribirse deben enviar su renuncia a los beneficios por medio de su proceso de renovación de suplencia anual.

¿Qué planes médicos ofrecen CFISD y TRS-ActiveCare?

Los empleados pueden inscribirse en uno de tres Planes PPO o en el Plan HMO. La elegibilidad para la inscripción depende de su domicilio. Todos los empleados pueden inscribirse en ActiveCare HD, ActiveCare Primary, ActiveCare Primary Plus o el plan AC2; sin embargo, su domicilio determinará la elegibilidad para el Plan HMO.

Planes PPO:

ActiveCare HD
ActiveCare Primary
ActiveCare Primary+
ActiveCare 2 (*Ya no está disponible para afiliados nuevos*)

Administrador del Plan de Salud: **BlueCross BlueShield**
Administrador del beneficio de farmacia: **Caremark**

Sitio web: <https://www.bcbstx.com/trsactivecare>
Sitio web: <https://info.caremark.com/trsactivecare>

Planes HMO: (Visite el siguiente sitio web para ver los requisitos de domicilio. Solo condados periféricos)

Scott & White Sitio web: <https://trs.swhp.org/>

TRS-ActiveCare HD (PPO)

ActiveCare HD es un plan de salud de deducible alto (HDHP) que ofrece cobertura médica tradicional, además de la oportunidad de contribuir dinero antes de los impuestos a una cuenta de ahorro para la salud (HSA).

<u>Deducible:</u>	Dentro de la Red:	\$ 3,000 individual / \$ 6,000 familiar
	Fuera de la Red:	\$ 5,500 individual / \$11,000 familiar

Usted debe satisfacer el deducible antes de que el plan comience a pagar beneficios, excepto en el caso de atención preventiva dentro de la red.

Coseguro: 30% **Dentro de la Red**, 50% del monto permitido **fuera de la Red**

Una vez que usted satisface el deducible, paga solo una porción de sus gastos cubiertos. El plan paga un porcentaje de los gastos cubiertos (llamado coseguro) y usted paga un cierto porcentaje. Su parte es más baja cuando utiliza proveedores dentro de la red. **Nota:** Solamente los gastos dentro de la red aplicarán para satisfacer el deducible **dentro de la red** y solamente los gastos **fuera de la red** aplicarán para satisfacer el deducible fuera de la red.

<u>Desembolso máximo:</u>	Dentro de la red:	\$ 7,050 individual / \$14,100 familiar
	Fuera de la red:	\$20,250 individual / \$40,500 familiar

El plan limita sus desembolsos personales. Una vez que su parte de los gastos alcanza el desembolso máximo, el plan paga beneficios a un 100% por el resto del año del plan. El desembolso máximo de ActiveCare HD aplica a cada persona cubierta individualmente, hasta el máximo familiar. El desembolso máximo individual incluye solamente a los gastos cubiertos incurridos por esa persona. Después de que cada persona cubierta satisface su desembolso individual máximo, el plan paga 100% de los beneficios de esa persona. Solo los gastos dentro de la red se acumularán para satisfacer el desembolso máximo **dentro de la red** y solo los gastos **fuera de la red** se acumularán para satisfacer el desembolso máximo fuera de la red.

Escoja bien, ahorre dinero. Saque provecho de los beneficios del plan disponibles en el Plan AC HD

- Ciertos medicamentos preventivos genéricos están a su disposición sin costo alguno. El deducible y el coseguro no aplican para ciertos medicamentos preventivos genéricos que están disponibles para usted y su familia sin costo alguno. Para ver la lista de estos medicamentos, visite: <https://info.caremark.com/trsactivecare>
- Teladoc® le permite consultar con un médico de atención primaria por teléfono. RRediMD permite el diagnóstico cara a cara. Use estos servicios para problemas menores y ahorre el viaje al consultorio del médico. Cada consulta con RediMD cuesta \$30 y cada consulta con Teladoc cuesta \$42 independientemente de todo balance de deducible.
- El plan ActiveCare HD también lo califica exclusivamente para inscribirse en un Plan de Ahorro para la Salud que usted usar para pagar gastos médicos actuales o futuros. Lea la información sobre el HSA en este boletín.

Costo anual, Primas solamente

- Cobertura del Empleado Solamente: (\$102.00 x 24 cheques) **\$ 2,448.00**
(No incluye el monto que usted paga para satisfacer el deducible)

TRS-ActiveCare Primary (PPO)

Es importante entender la red que usted usará en este plan.

Esto se debe a que el Plan Primary es un plan de red solamente. El plan paga beneficios solamente cuando usted recibe atención de médicos y otros proveedores que pertenecen a su red dedicada (excepto en una verdadera emergencia médica) en el estado de Texas. **Si usted busca y recibe atención médica fuera de su red, tendrá que pagar todos los cargos facturados de su propio bolsillo.**

Cómo funciona el plan:

Para la mayoría de las visitas al consultorio médico, usted pagará un monto de dinero fijo. Los servicios no sujetos a copagos de consultorio médico están sujetos al deducible del plan y a otros copagos aplicables. FPara la mayoría de los servicios, este es un monto de dinero fijo más un porcentaje del cargo facturado. El plan paga beneficios solamente cuando usted y sus dependientes cubiertos usan proveedores dentro de la red (excepto en una verdadera emergencia médica). ISi usted busca y recibe atención médica fuera de la red que le aplica a usted (ver tabla de la red), tendrá que pagar todos los cargos facturados de su propio bolsillo. Una vez que el monto de gastos de su propio bolsillo alcanza el desembolso máximo, el plan paga 100% de los gastos cubiertos por el resto del año del plan. Este plan **requiere** un médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés).

Deducible:

\$ 2,500 individual / \$ 5,000 familiar

Este plan no cubre servicios fuera de la red, excepto en el caso de verdaderas emergencias. No todas las visitas a salas de emergencia están cubiertas como verdaderas emergencias.

Coseguro:

30%. Este plan no cubre servicios fuera de la red, excepto en el caso de verdaderas emergencias.

Desembolso máximo:

El plan limita sus desembolsos personales. Una vez que su parte de los gastos alcanza el desembolso máximo de \$8,150 individual / \$16,300 familiar, el plan paga beneficios a un 100% por el resto del año del plan. No se cubre servicios fuera de la red, excepto en el caso de verdaderas emergencias.

Visitas al médico / Atención inmediata:

Visita al médico de cuidado primario: copago de \$30

Visita al médico especialista: copago de \$70

Cuidado urgente: copago de \$50

Salud Virtual TRS: \$0 RediMD; \$12 Teladoc

Costo anual, Primas solamente

- Cobertura del Empleado Solamente: (\$96.00 x 24 cheques) **\$ 2,040.00**
(No incluye el monto que usted paga para satisfacer el deducible)

TRS-ActiveCare Primary+ (PPO)

Es importante entender la red que usted usará en este plan.

Esto se debe a que el Plan Primary+ es un plan de red solamente. El plan paga beneficios *solamente* cuando usted recibe atención de médicos y otros proveedores que pertenecen a su red dedicada (excepto en una verdadera emergencia médica) en el estado de Texas. **Si usted busca y recibe atención médica fuera de su red, tendrá que pagar todos los cargos facturados de su propio bolsillo.**

Cómo funciona el plan:

Para la mayoría de las visitas al consultorio médico, usted pagará un monto de dinero fijo. Los servicios no sujetos a copagos de consultorio médico están sujetos al deducible del plan y a otros copagos aplicables. Para la mayoría de los servicios, este es un monto de dinero fijo más un porcentaje del cargo facturado. El plan paga beneficios solamente cuando usted y sus dependientes cubiertos usan proveedores dentro de la red (excepto en una verdadera emergencia médica). Si usted busca y recibe atención médica fuera de la red que le aplica a usted (ver tabla de la red), tendrá que pagar todos los cargos facturados de su propio bolsillo. Una vez que el monto de gastos de su propio bolsillo alcanza el desembolso máximo, el plan paga 100% de los gastos cubiertos por el resto del año del plan. Este plan **requiere** un médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés).

Deducible:

\$ 1,200 individual / \$ 3,600 familiar

Este plan no cubre servicios fuera de la red, excepto en el caso de verdaderas emergencias. No todas las visitas a salas de emergencia están cubiertas como verdaderas emergencias.

Coseguro:

20%. Este plan no cubre servicios fuera de la red, excepto en el caso de verdaderas emergencias.

Desembolso máximo:

El plan limita sus desembolsos personales. Una vez que su parte de los gastos alcanza el desembolso máximo de \$6,900 individual / \$13,800 familiar, el plan paga beneficios a un 100% por el resto del año del plan. No se cubre servicios fuera de la red, excepto en el caso de verdaderas emergencias.

Visitas al doctor / Atención Inmediata:

Visita al médico de cuidado primario: copago de \$30

Visita al médico especialista: copago de \$70

Cuidado urgente: copago de \$50

Salud Virtual TRS: \$0 RediMD; \$12 Teladoc

Costo anual, Primas solamente

- Cobertura del Empleado Solamente: (\$132.50 x 24 cheques) **\$ 3,180.00**
(No incluye el monto que usted paga para satisfacer el deducible)

TRS-ActiveCare 2 (PPO)

TRS-ActiveCare no acepta afiliados nuevos al plan TRS-ActiveCare 2 con vigencia del 1.º de septiembre de 2018. De acuerdo con TRS: “estudios recientes de las reclamaciones de salud a nivel estatal revelaron un aumento constante en las reclamaciones de alto costo que han causado que el plan TRS-ActiveCare 2 sea insostenible”. Si usted viene a CFISD de un distrito en el cual está actualmente inscrito en el plan TRS-ActiveCare 2, sírvase contactar a su especialista en beneficios para que le ayude con la inscripción en el plan aquí en Cypress-Fairbanks ISD.

¿Dónde puedo averiguar cuáles son los proveedores y las instalaciones que aceptan los planes TRS-ActiveCare?

El Sistema de inscripción en línea para beneficios de First Financial ha sido programado para permitirle inscribirse solamente en los Planes para los que usted sea elegible según las normas de TRS-ActiveCare. Para buscar proveedores e instalaciones para todos los planes, visite <https://www.bcbstx.com/trsactivecare> y haga clic en el recuadro “Buscar ahora” bajo “Médicos y Hospitales”.

Familiarícese con el sitio web de BlueCross Blue Shield TRS-ActiveCare

<https://espanol.bcbstx.com/trsactivecare>

The screenshot displays the TRS-ActiveCare website interface. At the top, there is a navigation bar with links for "[+] Comentarios", "Asistencia lingüística", and "In English". The TRS-ActiveCare logo is on the left, and the BlueCross BlueShield of Texas logo is on the right. A search bar labeled "Buscar" is positioned in the upper right. Below the navigation bar, a green menu bar contains links: "Recursos para solicitar cobertura", "Cobertura/beneficios", "Médicos y hospitales", "Salud y bienestar", "Herramientas", "Contáctenos", and "Iniciar sesión". The main content area features a large image of a family. On the left, a sidebar titled "Médicos/hospitales" lists options: "Recompensas para asegurados", "Designe a un profesional de la salud", "Salud virtual", "El valor de un médico de cabecera", "A dónde ir en busca de atención médica", and "Aviso sobre Memorial Hermann". The main section, titled "Médicos y hospitales", includes the "Provider Finder®" heading and a description of the online directory. It mentions that users can search by location, sex, or specialty, and also search for medical professionals using patient comments, certifications, and recognition information. A personal health advisor (PHG) is available 24/7, reachable at 1-866-355-5999 or via the BCBSTX app on the Apple App Store or Google Play Store. At the bottom, four buttons represent different TRS-ActiveCare plans: "TRS-ActiveCare Primary", "TRS-ActiveCare Primary+", "TRS-ActiveCare HD", and "TRS-ActiveCare 2".

Primas mensuales para empleados del CYPRESS- FAIRBANKS ISD - 2022-2023

TRS-ACTIVECARE PLANS *

PRIMAS MENSUALES	TRS ActiveCare Primary	TRS ActiveCare HD	TRS ActiveCare Primary+	TRS ActiveCare 2**	SCOTT & WHITE HMO
CONTRIBUCIÓN DEL EMPLEADO	EMPLEADO DE TIEMPO COMPLETO (MÍNIMO DE 35 HORAS POR SEMANA)				
Empleado solamente	\$170	\$182	\$265	\$775	\$302.82
Empleado e hijo(s)	\$420	\$442	\$498	\$1,197	\$623.32
Empleado y cónyuge	\$677	\$709	\$763	\$1,941	\$889.22
Empleado y familia	\$852	\$890	\$1,036	\$2,347	\$1,079.20
CONTRIBUCIÓN DEL EMPLEADO	EMPLEADO DE TIEMPO PARCIAL (DE 15 A 34 HORAS POR SEMANA)				
Empleado solamente	\$170	\$182	\$265	\$775	\$302.82
Empleado e hijo(s)	\$483	\$505	\$561	\$1,260	\$623.32
Empleado y cónyuge	\$740	\$772	\$826	\$2,004	\$982.22
Empleado y familia	\$955	\$993	\$1,139	\$2,450	\$1,149.20
CONTRIBUCIÓN DEL EMPLEADO	SUPLENTE, TEMPORALES, TIEMPO PARCIAL (10+ HORAS POR SEMANA)				
Empleado solamente	\$395	\$407	\$496	\$1,013	\$527.82
Empleado e hijo(s)	\$709	\$731	\$798	\$1,507	\$848.32
Empleado y cónyuge	\$1,113	\$1,145	\$1,212	\$2,402	\$1,325.22
Empleado y familia	\$1,332	\$1,370	\$1,523	\$2,841	\$1,525.20

SEGURO DENTAL	Cigna PPO	Cigna DHMO	QCD of America Dental Discount	MSofA Dent-All Discount Plan (Visite el sitio web para detalles)	
Empleado solamente	\$ 37.72	\$ 9.48	Sin cargo	Plan A	\$10.00
Empleado y 1 dependiente	\$ 80.12	\$ 14.88	\$ 6.00	Plan B	\$ 5.00
Empleado y 2 o más dependientes	\$ 113.28	\$ 23.50	\$ 9.00	Plan C	\$ 5.00

SEGURO PARA LA VISIÓN	Guardian VSP Vision Plan A	Guardian VSP Vision Plan B	SEGURO POR DISCAPACIDAD	Assurant Employee Benefits
Empleado solamente	\$ 10.36	\$13.80	PLAN A	\$5.56 - \$316.26
Empleado e hijo(s)	\$ 17.80	\$23.70	(Visite el sitio web para detalles y primas)	
Empleado y cónyuge	\$ 17.44	\$23.22	PLAN B	\$4.98 - \$281.90
Empleado y familia	\$ 28.18	\$37.50	(Visite el sitio web para detalles y primas)	

Protección de identidad	iLock 360 Plus Plan	iLock 360 Premium Plan	SEGURO CONTRA EL CÁNCER Y OTRAS ENFERMEDADES ESPECÍFICAS	Humana Insurance Company
Empleado solamente	\$ 8.00	\$ 15.00	Primas mensuales	\$9.47 - \$118.39
Empleado e hijo(s)	\$ 13.00	\$ 20.00	(Dependen de la selección de cobertura	
Empleado y cónyuge	\$ 15.00	\$ 22.00	Visite el sitio web para ver los detalles	
Empleado y familia	\$ 20.00	\$ 27.00	del plan)	

SEGURO DE VIDA OPCIONAL	Opcional para el empleado	Opcional para el cónyuge	Opcional para hijo
Voya Financial	\$.59 - \$875.50	\$.30 - \$218.88	\$0.42

* PARA OTRAS TARIFAS PARA EMPLEADOS, VISITE EL SITIO WEB DEL DEPARTAMENTO DE SEGURO
** PLAN CERRADO. SOLO PARA PARTICIPANTES ACTUALES.

Tarifas de primas para el Seguro de Vida Opcional de CFISD									
Tarifas mensuales del empleado para el Seguro de Vida Opcional									
Prima MENSUAL opcional del EMPLEADO									
Por cada 1,000	0.059	0.066	0.113	0.150	0.233	0.343	0.583	1.098	1.751
EE Edad	<35	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70+
10,000	0.59	0.66	1.13	1.50	2.33	3.43	5.83	10.98	17.51
20,000	1.18	1.32	2.26	3.00	4.66	6.86	11.66	21.96	35.02
30,000	1.77	1.98	3.39	4.50	6.99	10.29	17.49	32.94	52.53
40,000	2.36	2.64	4.52	6.00	9.32	13.72	23.32	43.92	70.04
50,000	2.95	3.30	5.65	7.50	11.65	17.15	29.15	54.90	87.55
60,000	3.54	3.96	6.78	9.00	13.98	20.58	34.98	65.88	105.06
70,000	4.13	4.62	7.91	10.50	16.31	24.01	40.81	76.86	122.57
80,000	4.72	5.28	9.04	12.00	18.64	27.44	46.64	87.84	140.08
90,000	5.31	5.94	10.17	13.50	20.97	30.87	52.47	98.82	157.59
100,000	5.90	6.60	11.30	15.00	23.30	34.30	58.30	109.80	175.10
110,000	6.49	7.26	12.43	16.50	25.63	37.73	64.13	120.78	192.61
120,000	7.08	7.92	13.56	18.00	27.96	41.16	69.96	131.76	210.12
130,000	7.67	8.58	14.69	19.50	30.29	44.59	75.79	142.74	227.63
140,000	8.26	9.24	15.82	21.00	32.62	48.02	81.62	153.72	245.14
150,000	8.85	9.90	16.95	22.50	34.95	51.45	87.45	164.70	262.65
160,000	9.44	10.56	18.08	24.00	37.28	54.88	93.28	175.68	280.16
170,000	10.03	11.22	19.21	25.50	39.61	58.31	99.11	186.66	297.67
180,000	10.62	11.88	20.34	27.00	41.94	61.74	104.94	197.64	315.18
190,000	11.21	12.54	21.47	28.50	44.27	65.17	110.77	208.62	332.69
200,000	11.80	13.20	22.60	30.00	46.60	68.60	116.60	219.60	350.20
210,000	12.39	13.86	23.73	31.50	48.93	72.03	122.43	230.58	367.71
220,000	12.98	14.52	24.86	33.00	51.26	75.46	128.26	241.56	385.22
230,000	13.57	15.18	25.99	34.50	53.59	78.89	134.09	252.54	402.73
240,000	14.16	15.84	27.12	36.00	55.92	82.32	139.92	263.52	420.24
250,000	14.75	16.50	28.25	37.50	58.25	85.75	145.75	274.50	437.75
260,000	15.34	17.16	29.38	39.00	60.58	89.18	151.58	285.48	455.26
270,000	15.93	17.82	30.51	40.50	62.91	92.61	157.41	296.46	472.77
280,000	16.52	18.48	31.64	42.00	65.24	96.04	163.24	307.44	490.28
290,000	17.11	19.14	32.77	43.50	67.57	99.47	169.07	318.42	507.79
300,000	17.70	19.80	33.90	45.00	69.90	102.90	174.90	329.40	525.30
310,000	18.29	20.46	35.03	46.50	72.23	106.33	180.73	340.38	542.81
320,000	18.88	21.12	36.16	48.00	74.56	109.76	186.56	351.36	560.32
330,000	19.47	21.78	37.29	49.50	76.89	113.19	192.39	362.34	577.83
340,000	20.06	22.44	38.42	51.00	79.22	116.62	198.22	373.32	595.34
350,000	20.65	23.10	39.55	52.50	81.55	120.05	204.05	384.30	612.85
360,000	21.24	23.76	40.68	54.00	83.88	123.48	209.88	395.28	630.36
370,000	21.83	24.42	41.81	55.50	86.21	126.91	215.71	406.26	647.87
380,000	22.42	25.08	42.94	57.00	88.54	130.34	221.54	417.24	665.38
390,000	23.01	25.74	44.07	58.50	90.87	133.77	227.37	428.22	682.89
400,000	23.60	26.40	45.20	60.00	93.20	137.20	233.20	439.20	700.40
410,000	24.19	27.06	46.33	61.50	95.53	140.63	239.03	450.18	717.91
420,000	24.78	27.72	47.46	63.00	97.86	144.06	244.86	461.16	735.42
430,000	25.37	28.38	48.59	64.50	100.19	147.49	250.69	472.14	752.93
440,000	25.96	29.04	49.72	66.00	102.52	150.92	256.52	483.12	770.44
450,000	26.55	29.70	50.85	67.50	104.85	154.35	262.35	494.10	787.95
460,000	27.14	30.36	51.98	69.00	107.18	157.78	268.18	505.08	805.46
470,000	27.73	31.02	53.11	70.50	109.51	161.21	274.01	516.06	822.97
480,000	28.32	31.68	54.24	72.00	111.84	164.64	279.84	527.04	840.48
490,000	28.91	32.34	55.37	73.50	114.17	168.07	285.67	538.02	857.99
500,000	29.50	33.00	56.50	75.00	116.50	171.50	291.50	549.00	875.50
Tarifas mensuales del cónyuge para el Seguro de Vida Opcional									
Las tarifas del cónyuge se determinan según la edad del empleado									
Prima MENSUAL opcional del CÓNYUGE (Vida solamente)									
Tarifa de vida	0.059	0.042	0.113	0.150	0.233	0.343	0.583	1.098	1.751
EE Edad	<35	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70+
5,000	0.30	0.21	0.57	0.75	1.17	1.72	2.92	5.49	8.76
10,000	0.59	0.42	1.13	1.50	2.33	3.43	5.83	10.98	17.51
15,000	0.89	0.63	1.70	2.25	3.50	5.15	8.75	16.47	26.27
20,000	1.18	0.84	2.26	3.00	4.66	6.86	11.66	21.96	35.02
25,000	1.48	1.05	2.83	3.75	5.83	8.58	14.58	27.45	43.78
30,000	1.77	1.26	3.39	4.50	6.99	10.29	17.49	32.94	52.53
35,000	2.07	1.47	3.96	5.25	8.16	12.01	20.41	38.43	61.29
40,000	2.36	1.68	4.52	6.00	9.32	13.72	23.32	43.92	70.04
45,000	2.66	1.89	5.09	6.75	10.49	15.44	26.24	49.41	78.80
50,000	2.95	2.10	5.65	7.50	11.65	17.15	29.15	54.90	87.55
55,000	3.25	2.31	6.22	8.25	12.82	18.87	32.07	60.39	96.31
60,000	3.54	2.52	6.78	9.00	13.98	20.58	34.98	65.88	105.06
65,000	3.84	2.73	7.35	9.75	15.15	22.30	37.90	71.37	113.82
70,000	4.13	2.94	7.91	10.50	16.31	24.01	40.81	76.86	122.57
75,000	4.43	3.15	8.48	11.25	17.48	25.73	43.73	82.35	131.33
80,000	4.72	3.36	9.04	12.00	18.64	27.44	46.64	87.84	140.08
85,000	5.02	3.57	9.61	12.75	19.81	29.16	49.56	93.33	148.84
90,000	5.31	3.78	10.17	13.50	20.97	30.87	52.47	98.82	157.59
95,000	5.61	3.99	10.74	14.25	22.14	32.59	55.39	104.31	166.35
100,000	5.90	4.20	11.30	15.00	23.30	34.30	58.30	109.80	175.10
105,000	6.20	4.41	11.87	15.75	24.47	36.02	61.22	115.29	183.86
110,000	6.49	4.62	12.43	16.50	25.63	37.73	64.13	120.78	192.61
115,000	6.79	4.83	13.00	17.25	26.80	39.45	67.05	126.27	201.37
120,000	7.08	5.04	13.56	18.00	27.96	41.16	69.96	131.76	210.12
125,000	7.38	5.25	14.13	18.75	29.13	42.88	72.88	137.25	218.88
Prima MENSUAL opcional del NIÑO (Vida solamente)									
La prima mensual de seguro de vida opcional para el niño es una tarifa determinada por la cantidad elegida									
10,000	0.42	Prima mensual única independiente del número de niños elegibles							

Aspectos destacados del Plan TRS-ActiveCare 2022-23 1.º de sept. 2022 al 31 de agosto 2023



Cómo calcular la prima mensual

- Prima mensual total
- Contribuciones de su distrito y del estado
- Su prima

Consulte a su administrador de beneficios sobre las primas que se aplican en su distrito.

Beneficios y servicios de bienestar sin costo adicional *

Estar sano es fácil cuando obtiene lo siguiente:

- atención médica preventiva a \$0;
- Servicio al Cliente las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
- clases personalizadas de promoción de salud;
- programas para perder peso;
- programas de nutrición;
- Ovia® para apoyo durante el embarazo;
- atención médica virtual de TRS;
- servicios de salud mental;
- ¡Y mucho más!

*Disponibles para todos los planes.

Consulte la guía de beneficios para más detalles.

Información que debe saber

- El poder de adquisición de TRS en Texas crea amplias redes sin límites de coberturas.
- "Cobertura de medicamentos especializados" significa que usted tiene cobertura, sin importar los cambios en su vida.

Todos los participantes del TRS-ActiveCare tienen tres opciones de planes. Cada una incluye una gran gama de beneficios y servicios para el bienestar.

	TRS-ActiveCare Primary	TRS-ActiveCare Primary+	TRS-ActiveCare HD
Resumen de los planes	- La prima más baja de todas las coberturas - Copago para consultas médicas antes de alcanzar el deducible - Red estatal - Necesita derivación de un PCP para consultas a especialistas - No es compatible con una cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA) - Sin cobertura fuera de la red	- Deducibles más económicos que los planes HD y Primary - Copago para muchos servicios y medicamentos - Prima más alta que con otras coberturas - Red estatal - Necesita derivación de un PCP para consultas a especialistas - No es compatible con una cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA) - Sin cobertura fuera de la red	- Compatible con una cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA) - Red nacional con cobertura fuera de la red - Sin requisitos para PCP ni derivaciones - Tiene que alcanzar el deducible antes de que la cobertura pague la atención médica no preventiva

Primas mensuales	Prima total	Su prima	Prima total	Su prima	Prima total	Su prima
Solo el empleado	\$395	\$	\$496	\$	\$407	\$
Empleado y cónyuge	\$1,113	\$	\$1,212	\$	\$1,145	\$
Empleado e hijos	\$709	\$	\$798	\$	\$731	\$
Empleado y familia	\$1,332	\$	\$1,523	\$	\$1,370	\$

Características del plan

Tipo de cobertura	Cobertura solo en la red	En la red	Fuera de la red
IDeducible por asegurado/familia	\$2,500/\$5,000	\$5,000/\$6,000	\$5,500/\$11,000
Coseguro	Usado para el 30% luego de alcanzar el deducible	Usado para el 20% luego de alcanzar el deducible	Paga el 50% después del deducible
Gasto máximo de bolsillo por persona por familia	\$8,150/\$16,300	\$6,300/\$13,800	\$20,250/\$40,500
Red	Red estatal	Red estatal	Red nacional
Debe elegir proveedor de atención médica PCP	No	Si	No

Consultas médicas

Atención médica primaria	Copago de \$30	Copago de \$30	Paga el 30% después del deducible	Paga el 50% después del deducible
Especialista	Copago de \$70	Copago de \$70	Paga el 30% después del deducible	Paga el 50% después del deducible

Atención médica inmediata

Atención médica inmediata	Copago de \$50	Copago de \$50	Paga el 30% después del deducible	Paga el 50% después del deducible
Atención médica de emergencia	Usado para el 30% luego de alcanzar el deducible	Usado para el 20% luego de alcanzar el deducible	Usado para el 30% luego de alcanzar el deducible	Usado para el 30% luego de alcanzar el deducible
Atención médica virtual de TRS-Health™	\$0 per medical consultation	\$0 per medical consultation	\$30 por consulta médica	\$30 por consulta médica
Atención médica virtual de TRS-TeleAdvise®	\$12 per medical consultation	\$12 per medical consultation	\$42 por consulta médica	\$42 por consulta médica

Medicamentos con receta

Deducible por medicamentos	Integrado al deducible médico	Deducible de \$200 para medicamentos de marca	Integrado al deducible médico
Genéricos (Suministro para 30/90 días)	Copago de \$15/\$45; \$0 copago por ciertos genéricos	Copago de \$15/\$45	Usado para 20% después del deducible; \$0 copago por ciertos genéricos
Medicamentos de marca preferencial	Usado para el 30% luego de alcanzar el deducible	Usado para el 25% luego de alcanzar el deducible	Usado para 25% luego de alcanzar el deducible
Medicamentos de marca no preferencial	Usado para el 50% luego de alcanzar el deducible	Usado para el 50% luego de alcanzar el deducible	Usado para el 50% luego de alcanzar el deducible
Medicamentos especializados	Usado para el 30% luego de alcanzar el deducible	\$0 si es elegible para PrudentRx; Usado para el 30% luego de alcanzar el deducible	Usado para el 20% luego de alcanzar el deducible
Costo de bolsillo para la insulina	Copago de \$25 por suministro para 31 días; \$75 para 61-90 días	Copago de \$25 por suministro para 31 días; \$75 para 61-90 días	Usado para 25% luego de alcanzar el deducible

TRS-ActiveCare 2
- No se aceptan nuevos asegurados - Los asegurados actuales pueden permanecer en este plan - Deducible más económico - Copagos para muchos medicamentos y servicios - Red nacional con cobertura fuera de la red - Sin requisitos para PCP ni derivaciones

Este plan no acepta nuevos asegurados. Si actualmente tiene cobertura de TRS-ActiveCare 2, puede permanecer en ella.

Prima total	Su prima
\$1,013	\$
\$2,402	\$
\$1,507	\$
\$2,841	\$

En la red	Fuera de la red
\$1,000/\$3,000	\$2,000/\$6,000
Paga el 20% después del deducible	Paga el 40% después del deducible
\$7,300/\$15,800	\$23,700/\$47,400
Red nacional	No

Copago de \$30	Paga el 40% después del deducible
Copago de \$70	Paga el 40% después del deducible

Copago de \$50	Paga el 40% después del deducible
Usado para un copago de \$350 más el 20% luego de alcanzar el deducible	Usado para un copago de \$350 más el 20% luego de alcanzar el deducible
\$0 por consulta médica	\$0 por consulta médica
\$12 por consulta médica	\$12 por consulta médica

Deducible de \$200 para medicamentos de marca	Copago \$20/\$45
Usado para 25% después del deducible (\$40 min/\$80 max)/ Usado para 25% después del deducible (\$105 min/\$210 max)	Usado para 25% después del deducible (\$40 min/\$80 max)/ Usado para 25% después del deducible (\$105 min/\$210 max)
Usado para 50% después del deducible (\$100 min/\$200 max)/ Usado para 50% después del deducible (\$215 min/\$430 max)	Usado para 50% después del deducible (\$100 min/\$200 max)/ Usado para 50% después del deducible (\$215 min/\$430 max)
\$0 si es elegible para PrudentRx; Usado para 30% después del deducible (\$200 min/\$400 max)/ No permite suministro de 90 días de medicamentos especiales	\$0 si es elegible para PrudentRx; Usado para 30% después del deducible (\$200 min/\$400 max)/ No permite suministro de 90 días de medicamentos especiales
Copago de \$25 por suministro para 31 días; \$75 para 61-90 días	Copago de \$25 por suministro para 31 días; \$75 para 61-90 días

CUENTAS DE AHORRO PARA LA SALUD (HSA)

¿Está usted buscando un plan de seguro médico con la prima mensual más baja posible?

El plan con la prima más económica posible tendrá como resultado desembolsos más altos cuando necesite servicios médicos.

¿Podría servirle a usted y a su familia un plan con deducibles y coseguros; pero sin copagos, o estará usted abrumado con el costo de los desembolsos?



¿Visita usted seguido a su médico, toma medicamentos recetados? ¿O se enferma muy raramente? Todos necesitamos servicios médicos en algún momento; si no es ahora, quizás en el futuro. Si usted desea ahorrar dinero en las primas, entonces tendrá que planificar para pagar desembolsos por su atención médica.

El costo de los desembolsos por servicios médicos está más alto que nunca, por lo tanto tiene sentido pagar con dinero antes de la deducción de impuestos y ahorrar en sus futuras cuentas médicas. Los fondos de la cuenta de Ahorros para la Salud (HSA) pueden usarse para pagar los desembolsos por gastos médicos como deducibles y coseguro, así como también por gastos que no estén cubiertos por un seguro de salud tradicional, tal como cuidado de la visión, servicios dentales y de ortodoncia y seguro de cuidado a largo plazo. Además, las HAS pueden ofrecer una protección para pagar gastos médicos altos inesperados en el futuro.

La HSA, por medio del HSA Bank ofrece dos formas de ahorrar en los impuestos:

1. Cuando usted hace una contribución por medio de una deducción de nómina, se procesa como una contribución antes de los impuestos; lo cual reduce sus impuestos
2. Cuando usted gasta, las distribuciones de la HAS usadas para pagar exclusivamente gastos médicos, no estarán sujetas a impuestos.

Usted determina el monto que desea contribuir a su HSA, hasta la suma máxima permitida por el Servicio de Impuestos Internos (IRS). Algunas familias contribuyen suficiente dinero como para cubrir simplemente los gastos médicos que prevén para el año venidero y ahorran pagando esas facturas con dinero antes de los impuestos. Otras familias se aseguran de contribuir un monto adicional para futuras necesidades relacionadas con la salud. Los fondos de la HSA pueden usarse para pagar gastos elegibles para usted, su cónyuge y todos los dependientes que usted reclame en su

declaración de impuestos, independientemente de que los haya asegurado en su plan médico de deducible alto. El dinero que usted contribuya a su HSA es libre de impuestos cuando se usa para pagar gastos médicos elegibles

¿Qué planes de TRS-ActiveCare califican para una HSA?

- Solamente el Plan TRS-ActiveCare HD califica para una Cuenta de Ahorro para la Salud (HSA).

¿Cuánto dinero puede contribuir anualmente a una HSA? Para el 2022:

- Al estar inscrito en el Plan HD de TRS-Active Care con cobertura para Empleado Solamente, usted puede contribuir hasta \$3,650.
- Al estar inscrito para cobertura de dependientes, usted puede contribuir hasta \$7,300.
- Las personas mayores de 55 años pueden contribuir un monto adicional de \$1,000 por año, bajo la disposición de aportación de recuperación.

Para el 2023:

- Al estar inscrito en el Plan HD de TRS-Active Care con cobertura para Empleado Solamente, usted puede contribuir hasta \$3,850.
- Al estar inscrito para cobertura de dependientes, usted puede contribuir hasta \$7,750.
- Las personas mayores de 55 años pueden contribuir un monto adicional de \$1,000 por año, bajo la disposición de aportación de recuperación.

Los balances de las Cuentas de Ahorro para la Salud se acumulan año tras año. No hay ninguna regla que indique que si no se usan, se pierdan. El dinero es suyo si usted deja el distrito, cambia de plan de seguro o se jubila. Aunque se cambie a un plan médico que no sea elegible para una Cuenta de Ahorro para la Salud, usted podrá continuar usando su dinero en la HSA para gastos elegibles para usted y sus dependientes. Al cumplir 65 años, podrá usar el dinero para gastos no elegibles sobre una base gravable (similar a una cuenta IRA tradicional).

Para más detalles sobre una HAS, visite la página web del Departamento de Seguros de CFISD y haga clic en *Health Savings Account*. Para inscribirse en una HSA, ingrese al sistema en línea de beneficios de *First Financial* y:

1. Primeramente, inscribese en un plan TRS-ActiveCare HD
2. Siga las instrucciones del plan de beneficios *First Financial* en línea e inscribese en una cuenta HSA con el HSA Bank
3. Una vez que el HSA Bank apruebe su cuenta y le notifique al Departamento de Seguros de CFISD, sus deducciones para la HSA comenzarán el siguiente día de pago.
4. El HSA Bank le enviará por correo postal una tarjeta de débito del HSA Bank dentro de un plazo de 10 a 14 días de la aprobación.

OPCIONES DE PLANES DE BENEFICIO para el 2022 – 2023

Planes de Beneficios	Características	Primas mensuales
Seguro médico TRS-ActiveCare	Administrador del Plan de Salud – Blue Cross Blue Shield (BCBS) Administrador de Beneficios de Farmacia – CVS Caremark	Remítase a la página 9 para ver las tarifas
Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA) HSA Bank	Los participantes deben estar inscritos en el plan médico elegible con deducible alto, TRS-ActiveCare HD y NO estar inscritos en Medicare. La Cuenta de Ahorros para la Salud de impuestos diferidos le permite hacer contribuciones antes de los impuestos a una cuenta de ahorros establecida con HSA Bank para pagar gastos médicos elegibles. Cuota administrativa mensual de HSA Bank: \$2.50 Los fondos de la HSA pueden usarse para desembolsos de gastos médicos elegibles de cualquiera de las personas que usted reclame como dependientes en sus declaraciones de impuestos. Los fondos restantes siguen siendo suyos para gastar en el futuro para gastos elegibles.	2022 Contribuciones permisibles anuales antes de los impuestos: Emp solo \$3,650 Emp + Dep \$7,300 Las personas mayores de 55 años pueden hacer una contribución adicional de \$1,000 por año . https://www.yourbenefitstation.com/cfsd/hsa-bank.html
Seguro de Vida Básico / AD&D (Muerte Accidental y Desmembramiento) Voy a Financial	Beneficio básico de vida de \$30,000; AD&D beneficio de Beneficio disminuye a \$19,500 a los 65 años y a \$15,000 a los 70 Beneficios adicionales: Beneficio por muerte acelerada 75% de cobertura de expectativa de vida de menos de 12 meses Planificación de Funeral Everest Ayuda para viajes	Beneficio pagado por el Distrito para todos los empleados de tiempo parcial y de tiempo completo que trabajan una cantidad mínima de 15 horas por semana. ¿Ha designado a su beneficiario? Designe o cambie su beneficiario del seguro de vida en el Sistema de Inscripción en Línea First Financial Benefits en cualquier momento.
Seguro de Vida Opcional / Seguro AD&D No. de póliza grupal (69486-0) Voya Financial	Empleado - Cobertura hasta \$500,000; \$10,000 mínimo. Spouse - Cobertura hasta 100% de la cobertura del empleado; \$125,000 máximo; \$5,000 mínimo. Hijo - Cobertura de \$10,000 disponible para cada hijo dependiente. CANTIDADES DE EMISIÓN GARANTIZADA - Empleado - \$250,000 como recién contratado; \$10,000 cada año en adelante hasta un máximo de \$500,000 - Cónyuge - \$50,000 como cónyuge de un empleado recién contratado; \$5,000 cada año en adelante hasta un máximo de \$125,000 - Hijo(s) - \$10,000 **Los cónyuges de empleados de CFISD no pueden cubrirse mutuamente bajo el seguro de vida del cónyuge. Todas las solicitudes de cobertura que sobrepasen las cantidades de Emisión Garantiza requerirán un formulario de Evidencia de Asegurabilidad (EOI), un cuestionario de salud y la aprobación de Voya Financial .	<u>Primas mensuales</u> Opcional Empleado: \$.59-875.50 Opcional Cónyuge: \$.30-218.88 Opcional Hijo: \$.42 http://yourbenefitstation.com/cfsd/voya-financial-life-insurance.html
iLock 360 Protección de identidad	Protección de identidad a su alcance - Protección total CyberAlert - Monitoreo de la oficina de créditos - Protección en caso de pérdida de billetera - Seguro de \$1M El Sistema de vigilancia en internet CyberAlert rastrea sitios web, salas de chat y tableros de anuncios 24 horas al día, 7 días a la semana, 365 días al año para identificar o intercambio o ventas de su información personal.	Primas mensuales Plan Básico; empleado solamente: Pagado por el Distrito Primas del Plan Plus/Premium Emp \$8.00/\$15.00 Emp + Hijos \$13.00/\$20.00 Emp + Cónyuge \$15.00/\$22.00 Emp + Familia \$20.00/\$27.00

OPCIONES DE PLANES DE BENEFICIO para el 2022 – 2023 (continuación)

Plan dental PPO Cigna Dental	Plan de seguro dental que permite a los empleados elegir su propio proveedor dental y especialista. Porcentajes de coaseguro: Tipo I (Servicios preventivos) = 100%; Sin período de espera para servicios. Tipo II (Servicios Restaurativos Básicos) = 80%; Sin período de espera para servicios. Tipo III (Servicios Mayores) = 50%; Sin período de espera para servicios.. Tipo IV (Ortodoncia) = 50%; Período de espera de 12 meses. Beneficio anual máximo por miembro = \$2,000 Beneficio máximo de por vida para Ortodoncia = \$1,200 Servicio de visión con descuentos ofrecido por Cigna Vision Network	Emp Solo \$ 37.72 Emp + 1 Dep \$ 80.12 Emp + 2 o más \$113.28 Dependientes
Plan dental DHMO Cigna Dental	Organización de Mantenimiento de la Salud Dental (DHMO) que ofrece un programa de copagos por servicios recibidos de sus proveedores dentales de la red. Los miembros DEBEN indicar el número de ID de la red de su proveedor seleccionado en el sistema de inscripción en línea al inscribirse por primera vez. No deducibles, períodos de espera ni topes anuales. Servicios de visión con descuentos ofrecidos por Cigna Vision Network. Beneficios adicionales: Programa contra Robo de Identidad, Recompensas por Elecciones Saludables	Emp Solo \$ 9.48 Emp + 1 Dep \$ 14.88 Emp + 2 o más \$ 23.50 Dependientes
Plan de Descuento Dental y Visión MSofA Dent-All	Reciba descuentos en servicios dentales, ortodoncia, estética, cirugía oral, prostodoncia y otros. Los miembros pagan una cuota mensual de membresía para recibir servicios a precios de 20% a 80% de descuento de las cuotas usuales. Los miembros deben usar los proveedores del plan. Servicios de visión con descuentos ofrecidos por <i>U.S. Vision Plan</i>. Descuentos de farmacia de vecindario disponibles para los miembros. Plan A: Empleado + Dependiente (Dental, Visión y medicamentos) Plan B: Empleado + Dependiente (Dental y Visión) Plan C: Empleado + Dependiente (Descuentos de Visión y medicamentos)	Plan A \$10.00 Plan B \$ 5.00 Plan C \$ 5.00
Plan de Descuento Dental y Visión QCD of America	Plan de administración de costos en el cual los miembros pagan por servicios dentales recibidos de parte de un proveedor en la Red de Dentistas Afiliados QCD. El miembro del plan paga por servicios a un precio rebajado basado en la lista de tarifas de QCD. Servicios de visión con descuentos ofrecidos por Davis Vision por medio del Clear Vision Discount Program. Programa de Bienestar ofrece descuento en los medicamentos para la familia y las mascotas.	Emp Solo \$ 0.00 Emp + 1 Dep \$ 6.00 Emp + 2 o más \$ 9.00 Dependientes

OPCIONES DE PLANES DE BENEFICIO para el 2022 – 2023 (continuación)

Planes de Beneficios	Características	Primas mensuales																
Plan de Seguro por Discapacidad Sun Life (adquirido por Assurant)	Ofrece un beneficio máximo de 66 2/3% de sus ingresos mensuales hasta \$7,500 si usted es discapacitado o no puede trabajar. Trata al embarazo como a cualquier otra enfermedad. Usted no tiene que usar sus días de licencia antes de presentar una reclamación. Opciones de Período de Eliminación (en días) por lesión/enfermedad: 0 días por lesión/7 días por enfermedad; 14 días/14 días, 30 días/30 días. Los períodos de eliminación se exoneran el primer día de hospitalización. Plan A paga por lesión o enfermedad incapacitante a los 65 años. Plan B paga por enfermedad incapacitante hasta 5 años; lesión a los 65 años. (Beneficio disponible para mayores de 65 años - beneficio reducido) EMISIÓN GARANTIZADA – NO hay que responder preguntas de salud. Límite de Exclusión de Condición Preexistente de 3 meses / 12 meses por los primeros 12 meses después de la fecha de vigencia de la cobertura. Condición preexistente es una condición por la cual usted recibió tratamiento, consulta, cuidado o servicios médicos e incluso diagnósticos o tomó medicamentos bajo receta médica durante los 3 meses anteriores a la fecha de vigencia de la cobertura; y la discapacidad comienza en los primeros 12 meses de la cobertura. MIEMBROS ACTUALES – NO tiene que responder preguntas de salud para cambiar su beneficio. Lo preexistente aplicará solamente al aumento de beneficios.	Primas del Plan A: \$5.56 - \$316.26 Primas del Plan B: \$4.98 - \$281.90 Los empleados deben volver a evaluar el beneficio por discapacidad mensual cada dos años para mantener el beneficio al ritmo con su sueldo.																
Seguro para el Cáncer y otras Enfermedades Humana	Tengo un plan médico mayor; ¿por qué necesito uno para cáncer? El plan paga beneficios monetarios directamente al suscrito cubierto cuando se reciben servicios de para el tratamiento del cáncer u otras enfermedades específicas listadas en la póliza. Incluye un Beneficio Anual de Bienestar de hasta \$100 para evaluación de cáncer. Los empleados con historia familiar de cáncer o con estilo de vida personal de riesgo (fumar u otra clase de exposición) debiesen considerar esta póliza. Para elegibilidad, se debe llenar un cuestionario sobre la salud en la plataforma en línea.	Primas mensuales: \$9.47 - \$118.39 Depende de las selecciones de cobertura																
Seguro de Visión Guardian VSP	Proporciona cobertura para exámenes de visión regulares, gafas y amazones. Incluye cobertura para lentes monofocales, bifocales, trifocales y multifocales y lentes de contacto necesarios por razones médicas. Ofrece un programa de descuento para lentes de contacto. Plan A – Un armazón cada año por medio. Plan B – Armazón cada año.	Primas del Plan A: <table><tr><td>Emp Solo</td><td>\$ 10.36</td></tr><tr><td>Emp + Hijo(s)</td><td>\$ 17.80</td></tr><tr><td>Emp + Cónyuge</td><td>\$ 17.44</td></tr><tr><td>Emp + Familia</td><td>\$ 28.18</td></tr></table> Primas del Plan B: <table><tr><td>Emp Solo</td><td>\$ 13.80</td></tr><tr><td>Emp + Hijo(s)</td><td>\$ 23.70</td></tr><tr><td>Emp + Cónyuge</td><td>\$ 23.22</td></tr><tr><td>Emp + Familia</td><td>\$ 37.50</td></tr></table>	Emp Solo	\$ 10.36	Emp + Hijo(s)	\$ 17.80	Emp + Cónyuge	\$ 17.44	Emp + Familia	\$ 28.18	Emp Solo	\$ 13.80	Emp + Hijo(s)	\$ 23.70	Emp + Cónyuge	\$ 23.22	Emp + Familia	\$ 37.50
Emp Solo	\$ 10.36																	
Emp + Hijo(s)	\$ 17.80																	
Emp + Cónyuge	\$ 17.44																	
Emp + Familia	\$ 28.18																	
Emp Solo	\$ 13.80																	
Emp + Hijo(s)	\$ 23.70																	
Emp + Cónyuge	\$ 23.22																	
Emp + Familia	\$ 37.50																	
Programa de Asistencia para el Empleado (EAP) Voya / ComPsych	El programa integrado ComPsych Guidance Resources ofrece apoyo y recursos para asuntos personales, familiares y de la vida las 24 horas del día 7 días a la semana. • Conflictos maritales y familiares • Duelo, depresión, abuso de drogas y alcohol, estrés y ansiedad • Fuente familiar: Guardería, Adopción y atención de ancianos	Beneficio pagado por el Distrito.																

Seleccione: “Paquete de cambio de plan de mediados de año”

Al prepararse para inscribirse, tenga en cuenta que no podrá hacer cambios durante el año del plan de beneficios desde el 1.º de septiembre de 2022 hasta el 31 de agosto de 2023 a menos que tenga un “**Evento de Inscripción Especial**”. Ejemplos:



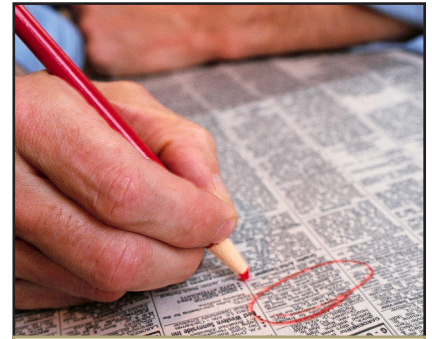
Un cambio de estado civil:

- Matrimonio
- Divorcio



Nuevos dependientes elegibles:

- Nacimiento • Adopción
- Adopción temporal



Pérdida de otra cobertura

Cambio en el estado de empleo del cónyuge que tiene como resultado la pérdida de cobertura.

- **Adquisición o pérdida de cobertura en un plan gubernamental:** Medicaid, CHIP o HIPP.
- **Adquisición de otra cobertura:** Cambio en el estado de empleo de su cónyuge o en el Período de inscripción anual de su cónyuge que tiene como resultado que usted deba adquirir cobertura.
- **Cambio en el estado de elegibilidad de uno de sus dependientes debido a la edad:** La cobertura termina el último día del mes en el que el dependiente cumple los 26 años de edad.
- **Horario de trabajo:** Cambio de horario de trabajo de tiempo parcial a tiempo completo o viceversa que tiene como resultado que el empleado pase a ser elegible para la cobertura o inelegible para la cobertura.

NOTA ESPECIAL: Cualquiera de los cambios descritos arriba deben hacerse dentro de un plazo de treinta y un (31) días de la fecha del evento de cambio de estado y debe presentarse prueba documentada del cambio al momento de solicitar el cambio. Si tiene dudas si el evento califica para un cambio de elección o respecto a las pruebas que se acepten como documentación del cambio de estado, sírvase llamar al Departamento de Seguros para solicitar ayuda con plena anticipación de la fecha tope de treinta y un (31) días. Para determinar la cobertura para hijastros, asegúrese de que esté documentado en el decreto del divorcio. La cobertura nueva será efectiva retroactivamente al primer día del mes después de la fecha del evento o la fecha de la cancelación de la cobertura anterior, lo que sea más tarde. Todo cese de cobertura será efectivo el último día del mes en el cual usted presente la solicitud de cancelación de cobertura. Las instrucciones para hacer un cambio a mediados de año del plan están en la página web del Departamento de Seguros del Distrito.

NOMBRAMIENTO DE BENEFICIARIOS

A todos los empleados de tiempo completo y de tiempo parcial que trabajan por lo menos 15 horas por semana se les inscribe automáticamente en un plan de seguro de vida básico de Voya Financial a costo del distrito. El monto de su cobertura de seguro de vida básico para el plan del año 2022-2023 es de \$30,000. Es su responsabilidad nombrar a su beneficiario designado en el Sistema de inscripción en línea para beneficios de First Financial cuando se inscriba para otros beneficios. Si usted no nombra a un beneficiario podría haber grandes demoras en el pago de sus beneficios de seguro de vida cuando su familia lo necesite más. Usted puede cambiar a su beneficiario designado en línea en cualquier momento. Los empleados elegibles para el seguro de vida básico son también elegibles para el plan de Seguro de vida opcional de Voya Financial. **Los empleados nuevos que se inscriban dentro de un plazo de 31 días de su empleo tendrán disponible una emisión garantizada de hasta \$250,000 sin preguntas médicas.** Los empleados nuevos que se inscriban después de los primeros 31 días de empleo, en períodos de inscripción abierta subsiguientes, deberán llenar un formulario de evidencia de asegurabilidad el cual está sujeto a aprobación.

Si usted piensa nombrar beneficiario a un niño menor de edad, debe tener en consideración lo siguiente

- No está permitido hacer asignación de beneficios para gastos de funeral.
- Quizás un padre no quiera que su hijo reciba una gran cantidad de dinero automáticamente a los 18 años de edad.
- Quizás un padre no quiera que su excónyuge, como único padre sobreviviente, reciba una gran cantidad de dinero.
- A pesar de que usted pueda nombrar a un abuelo o a un amigo de confianza para recibir los fondos a beneficio de su hijo menor, no hay obligación legal para que ellos distribuyan el beneficio a su hijo.
- Si más adelante el abuelo se vuelve incapacitado o fallece, su tutor legal o albacea estará legalmente obligado a usar los ingresos a beneficio del beneficiario o del patrimonio del beneficiario; no su hijo.

PLANES DE INVERSIÓN CON IMPUESTOS DIFERIDOS

Ahorre para su jubilación

Todos queremos jubilarnos tarde o temprano; y en algún momento a todos nos preocupará saber si hemos ahorrado lo suficiente para nuestra jubilación. La mejor manera de ahorrar para la jubilación es comenzar desde el principio de la carrera y de manera constante. Una forma de hacerlo es buscar un método que le permita ahorrar cómodamente. Una deducción automática de la nómina que envíe automáticamente el monto que usted haya designado directamente a una cuenta de banco o institución financiera, es una opción fácil y consistente. Si usted no lo ve, no lo gasta. Con ahorros continuos a largo plazo, usted puede ir creando un sólido fondo de ahorro para su jubilación sin mucho esfuerzo.



Cy-Fair ISD ofrece dos programas de ahorro de inversión que le permitirán a usted hacer aportes que vayan a un fondo de ahorro antes de impuestos para su jubilación. Esto quiere decir que los aportes para su ahorro se toman de sus ingresos brutos antes de las deducciones en la retención del impuesto sobre la renta. La gestión de ambos planes la dirige otra empresa contratada por el distrito, TCG Administrators.

Si usted participa en el Plan de Inversión con Impuesto Diferidos 403(b) o el 457(b), usted no paga impuesto sobre la renta sobre sus ahorros ni sobre la ganancia de sus inversiones hasta que comience a realizar retiros. Usted podrá retirar sus fondos sin penalidad del plan 403(b) luego de los 59½ años de edad. Se podrán retirar los fondos del plan 457(b), sin ninguna penalidad, al jubilarse o al cese de la relación laboral.

Elegibilidad: Todos los empleados del distrito, incluyendo a los suplentes y empleados temporales, son elegibles para participar en los planes 403(b) y 457(b).

Período de elegibilidad para la inscripción: En cualquier momento. No habrá restricción en cuanto al período de inscripción en el año para planes de inversión con impuestos diferidos; usted puede comenzar un plan en cualquier momento.

Fecha de inicio para el aporte de la nómina: El primer día de cualquier mes. Todas las inscripciones en línea y formularios llenos deben ser entregados a más tardar el primer día del mes para que el aporte se comience a debitar ese mismo mes.

Plan 457: Plan de jubilación de Cy-Fair:

En agosto del 2002, se creó un plan 457 con impuesto diferido de Cy-Fair ISD. El plan tiene lineamiento de distribución menos estrictos que los planes 403(b) y se puede comenzar con un monto de hasta \$5.00 por pago de nómina. El plan 457 ofrece aproximadamente 6 portafolios de inversión y su administrador, TCG Administrators, está disponible para ayudarlo a determinar su perfil como inversor (tolerancia al riesgo). Vea las instrucciones para la inscripción en la página web del distrito bajo la sección Staff, HR, Retirement y New 457 Plan Info. <http://www.cfisd.net/en/staff/hr/retirement/>.

Plan 457: Límites a los aportes:

Un empleado puede aportar hasta \$20,500 en el 2022, \$27,000 si el empleado tiene 50 años de edad. Los aportes al Plan 457 son mutuamente excluyentes con los planes 403(b). Lo que quiere decir que un empleado puede aportar el monto máximo permitido por el Código de Impuestos Internos a los dos planes 403(b) y 457.

Plan 403(b) :

De acuerdo con las secciones 403(b) y 403(b)(7) del Código de Impuestos Internos, los empleados de escuelas públicas pueden autorizar al distrito a remitir parte de sus ingresos devengados para una anualidad certificada por la TRS y con impuestos diferidos u otro programa de inversión calificada con el objetivo de generar ingresos para la jubilación.

A partir del 1.º de enero del 2008, los empleados de las escuelas públicas de Texas podrán participar en acuerdos de reducción del salario solo para los productos 403(b) de la lista de productos registrados en la TRS. La lista de compañías de inversión certificadas por la TRS y sus productos registrados están disponibles en la página web de la TRS, www.trs.state.tx.u

Un empleado puede aportar hasta \$20,500 en el 2022, \$27,000 si el empleado tiene 50 años de edad. Los empleados pueden hacer el aporte máximo al 403(b) además del aporte máximo al Plan 457 ya que estos son mutuamente excluyentes.

AVISO: Cypress-Fairbanks ISD **NO** contrata ni emplea a agentes financieros que no sean TCG Administrators, para el Plan 457. Ningún agente financiero que “represente” a CFISD lo llamará a su casa. Además, los agentes tienen prohibido hacer solicitudes o hacer negocios en ninguna propiedad del distrito. Debido a que las estrategias de inversión son decisiones personales que cada empleado debe investigar por sí mismo, Cypress-Fairbanks ISD no hace ningún tipo de recomendación o aprobación sobre los planes individuales 403(b), de sus representantes de ventas, agentes, o asesores de inversión. Para instrucciones sobre la inscripción, información adicional y enlaces de las páginas web RAMS Region 10 y TCG Administrators con respecto a los planes 457 o 403(b) visite la página web del Departamento de Seguros.

www.cfisd.net

Staff / HR / Retirement

- Planes 403(b) y 403(b)(7)
- Información del plan 457



Opciones de cobertura en el Mercado de seguros y Cobertura médica

PARTE A: Información general

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

¿Qué es el mercado de seguros médicos?

El Mercado está diseñado para ayudarle a encontrar un seguro médico que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El Mercado ofrece opciones de compra en un solo sitio, para buscar y comparar opciones de seguros médicos privados. También existe la posibilidad de que sea elegible para un nuevo tipo de crédito tributario que reduce su prima mensual de inmediato. Los nuevos empleados que deseen inscribirse en TRS-ActiveCare tendrán un plazo de 31 días para hacerlo, a partir de su 1.^{er} día de trabajo.

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

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

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

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

Todos los planes TRS-ActiveCare, incluyendo las dos opciones HMO, cumplen con el requisito mínimo de valor mínimo bajo la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act o ACA, por sus siglas en inglés).

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

¿Cómo puedo obtener más información?

Para más información acerca de la cobertura que ofrece CFISD, revise el resumen de la descripción del plan o visite la sección Your Benefit Station, en la página web www.cfisd.net ubicada en Staff, HR, Insurance.

El Mercado puede ayudarle a evaluar sus opciones de cobertura médica, incluyendo su elegibilidad para la cobertura a través del Mercado y sus costos. Visite www.cuidadodesalud.gov/es/ para obtener más información, incluyendo una solicitud en línea de cobertura de seguros médicos e información de contacto de un mercado de seguros médicos en su área.

* Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con la "norma de valor mínimo" si la participación del plan en los costos totales de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costos.

PARTE B: Información sobre la cobertura médica que brinda CFISD

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

3. Nombre del empleador CYPRESS-FAIRBANKS ISD	4. No. de identificación del empleador(EIN) 74-6000654	
5. Dirección del empleador PO BOX 692003	6. Número de teléfono del empleador (281) 897-4000	
7. Ciudad HOUSTON	8. Estado TEXAS	9. Código postal 77269-2003
10. ¿Con quién podemos comunicarnos en relación con la cobertura médica del empleado en este empleo?		
INSURANCE DEPARTMENT WWW.CFISD.NET		
11. No. de teléfono (si difiere del que figura arriba) (281) 897-3882	12. Dirección de correo electrónico Insurance@cfisd.net	

A continuación, encontrará información básica acerca de la cobertura médica que ofrece este empleador

- Como su empleador, ofrecemos un plan de salud a:

☐ Todos los empleados

☒ Algunos empleados. Los empleados elegibles son: Empleados del distrito que sean miembros contribuyentes activos de TRS o empleados que tengan programadas regularmente 10 horas o más de trabajo a la semana.

- En cuanto a los dependientes

☒ Sí ofrecemos cobertura. Los dependientes elegibles son:

- Esposo (incluyendo matrimonio de derecho consuetudinario)
- Hijo con menos de 26 años de edad, que califique dentro de una de las siguientes:
 - Hijo natural
 - Hijo adoptado o por el que legalmente se haya hecho la solicitud de adopción
 - Hijastro
 - Niño en adopción temporal
 - Niño sobre el cual el empleado tenga la custodia legal
- “Cualquier otro niño” con menos de 26 años de edad (soltero) que tenga una relación regular padre-hijo con el empleado y que cumpla con los cuatro requisitos siguientes:
 - Que el domicilio principal del niño sea la casa del empleado;
 - Que el empleado corra con por lo menos el 50% de los gastos de manutención del niño;
 - Que ninguno de los padres naturales del niño viva en esa casa; y
 - Que el empleado tenga el derecho legal de tomar decisiones con respecto al cuidado médico del niño
- Un nieto con menos de 26 años de edad cuyo domicilio principal sea la casa del empleado y que sea dependiente del empleado para efectos del pago de impuestos sobre la renta federal correspondientes al año en el que esté en efecto la cobertura del nieto.
- Un hijo soltero, de 26 años de edad o más, de un empleado que esté cubierto puede ser elegible para cobertura de dependiente, siempre y cuando el hijo sea discapacitado mental o físicamente al punto de ser dependiente del empleado regularmente como lo determina la TRS, y que cumpla con otros requisitos como lo determina la TRS.

☐ No ofrecemos cobertura.

☒ Si esta opción se ha seleccionado, esta cobertura cumple la "norma de valor mínimo", y el costo de esta cobertura para usted tiene el objetivo de ser asequible, en base a los sueldos de los empleados.

** Aun cuando su empleador tenga la intención de ofrecer una cobertura accesible, usted puede ser elegible para un descuento de la prima a través del Mercado. El Mercado utilizará la información sobre los ingresos de su familia, junto a otros factores, para determinar si usted puede ser elegible para obtener un descuento de la prima. Si, por ejemplo, sus ingresos varían semana a semana (tal vez usted es un empleado por hora o trabaja por comisión), si usted comienza a trabajar a mitad del año o si tiene otras pérdidas de ingresos, usted podría seguir calificando para un descuento de la prima

Si usted decide comprar cobertura en el Mercado, CuidadoDeSalud.gov (HealthCare.gov) le servirá de guía en el proceso. Aquí está la información de su empleador que debe ingresar cuando visite HealthCare.gov para averiguar si usted pudiese recibir un crédito fiscal o disminuir sus primas mensuales.

AVISOS OBLIGATORIOS

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

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para cobertura médica de su empleador, el estado de Texas puede tener un programa de asistencia con las primas que puede ayudar a pagar la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, usted no será elegible para estos programas de asistencia con las primas, pero es probable que pueda comprar cobertura de seguro individual a través del mercado de seguros médicos. Para obtener más información, visite <http://www.cuidadodesalud.gov>.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP, puede comunicarse con la oficina de Medicaid o CHIP de Texas para saber si hay asistencia con primas disponible

Información de contacto de Medicaid de Texas:

Página web: <http://www.gethipptexas.com/>

Número de teléfono: 1-800-440-0493

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y usted cree que usted o cualquiera de sus dependientes puede ser elegible para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de Texas, llame al **1-877-543-7669** o visite espanol.insurekidsnow.gov/ para información sobre como presentar su solicitud. Si usted es elegible, 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 sus dependientes son elegibles para asistencia con primas bajo Medicaid o CHIP, y también son elegibles bajo el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan de su empleador, si usted aún no está inscrito. Esto se llama oportunidad de “inscripción especial”, y **usted debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días de haberse determinado que usted es elegible para la asistencia con las primas**. Si tiene preguntas sobre la inscripción en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento del Trabajo electrónicamente a través de www.askebsa.dol.gov o llame al 1-866-444-EBSA (3272).

Para conseguir información adicional sobre derechos de inscripción especiales visite la página web del Departamento del Trabajo electrónicamente www.askebsa.dol.gov, 1-866-444-EBSA (3272), o la página web del Departamento de Salud y Servicios Humanos para Servicios de Medicare y Medicaid www.cms.hhs.gov, 1-877-267-2323, opción 4, interno 61565.

LEY SOBRE LOS DERECHOS DE LA MUJER EN RELACIÓN CON LA SALUD Y EL CÁNCER PROMULGADA EN 1998

La ley federal llamada Ley sobre los Derechos de la Mujer en Relación con la Salud y el Cáncer de 1998 establece que los planes de salud grupal y las compañías de seguros de salud que cubran mastectomías deben proveer cierto tipo de servicios y otros beneficios relacionados con la mastectomía.



Se hace entrega de la siguiente información conforme a la ley. Esta notificación es un resumen, solo con fines informativos, y no tiene el objetivo de ser una asesoría legal.

La Ley sobre los Derechos de la Mujer en Relación con la Salud y el Cáncer de 1998 (la “Ley”) fue promulgada como parte de un proyecto de ley federal general de apropiaciones complementarias consolidadas y de emergencia de 1999 (H.R. 4328, Federal Omnibus Consolidated and Emergency Supplemental Appropriations Bill).

La Ley establece que los planes de salud grupales y compañías de seguros de salud, en el mercado grupal o individual, que proveen beneficios médicos y quirúrgicos de mastectomías, deben proveer a los participantes y beneficiarios que reciben beneficios relacionados a una mastectomía, y que seleccionan la reconstrucción de la mama en relación con la mastectomía, una cobertura para lo siguiente:

- reconstrucción de la mama en la cual se haya realizado la mastectomía;
- cirugía y reconstrucción de la otra mama para lograr una apariencia simétrica;
- y prótesis y tratamiento de complicaciones físicas en todas las etapas de la mastectomía, incluyendo linfedemas.

El modo de cobertura de todos estos beneficios o servicios se determinará entre el paciente y el médico tratante. La cobertura requerida de los servicios o beneficios relacionados a la mastectomía bajo la Ley de la Salud de la Mujer puede estar sujeta a los mismos deducibles y coseguros o provisiones de copagos que aplican con relación a otros beneficios quirúrgicos o médicos establecidos bajo el plan de salud grupal o la cobertura.

Los planes de seguro, incluyendo grupos grandes y pequeños, coberturas individuales, planes asociados y planes autofinanciados, están sujetos a la ley. Los requisitos de la Ley se hacen efectivos en planes anuales que comienzan a partir del 21 de octubre del 1998. Además de la cobertura obligatoria, la Ley requiere que los planes grupales y compañías de seguros de salud entreguen información escrita sobre la disponibilidad de esta cobertura a los participantes y beneficiarios de estos planes al momento de la inscripción inicial y a partir de entonces anualmente:

- negar elegibilidad o continuidad de elegibilidad;
- no inscribir o no renovar la cobertura bajos los términos del plan solo con el propósito de evitar el cumplimiento de la Ley;
- penalizar o de otra manera, reducir o limitar los reembolsos de un profesional de la salud tratante;
- ofrecer incentivos (monetarios o de otro tipo) a un profesional de la salud tratante; o inducir a un proveedor a dar cuidados de una manera inconsistente con la Ley.

El resumen anterior es una síntesis de la *Ley sobre los Derechos de la Mujer en Relación con la Salud y el Cáncer de 1998*. **Esta es su notificación como lo exige la ley.** Si usted tiene alguna pregunta con respecto a las disposiciones de esta ley, comuníquese con el miembro o el Departamento de Servicio al Cliente de su plan (el número de teléfono está en la tarjeta de identificación de su seguro de salud) o consúltelo con un miembro del personal del Departamento de Seguros del Distrito.



COBRA LAW

Continuación de la Cobertura del Seguro de Salud (Seguro médico, dental y de visión)

Conforme a la Ley de Reconciliación Presupuestaria General Consolidada (COBRA, por sus siglas en inglés), TRS-ActiveCare ofrece a los empleados y a sus familias la oportunidad de obtener una prórroga temporal de la cobertura de salud al precio grupal en ciertos casos en los cuales de lo contrario la cobertura bajo un plan específico finalizaría. El Distrito ofrece la cobertura extendida de COBRA para planes opcionales tal y como lo exige la ley.

Un empleado o dependiente del empleado que esté cubierto por el plan de seguro de salud (médico, dental o de visión) de un distrito puede extender la cobertura por un período de hasta dieciocho (18) meses si la cobertura del empleado o dependiente se pierde debido a cualquiera de los siguientes eventos calificativos y el empleado o dependiente no esté cubierto por ningún otro plan de seguro de salud grupal:

- terminación voluntaria del empleo (por ejemplo, renuncia o jubilación);
- terminación involuntaria del empleo (que no sea por una falta grave de conducta);
- permiso por incapacidad temporal; o
- reducción de horas de trabajo.

En el caso de que ocurra uno de los eventos calificativos mencionados anteriormente, la cobertura de COBRA estará disponible por un período de hasta dieciocho (18) meses, pero se podría extender hasta por un total de veintinueve (29) meses en ciertos casos de incapacidad (vea abajo la sección Prórroga por Discapacidad). El empleado y cada uno de los dependientes que estén cubiertos tiene el derecho individual de solicitar la cobertura de COBRA.

Un dependiente que tenga cobertura puede seleccionar la cobertura de COBRA por un período de hasta treinta y seis (36) meses si la cobertura se pierde debido a uno de los siguientes eventos calificativos:

- fallecimiento del empleado;
- divorcio o separación legal;
- el empleado pasa a ser elegible para Medicare;
- o el hijo dependiente deja de ser dependiente por la edad, estatus de dependencia o matrimonio.

El costo de esta cobertura extendida es el 102% del total de la prima (el monto que usted y Cypress-Fairbanks ISD han estado pagando por la cobertura del seguro de salud, más un 2% por gastos administrativos). Si el costo de la cobertura de COBRA cambia durante su participación usted será notificado por escrito sobre el nuevo costo de la prima antes de la fecha de vencimiento.

La cobertura se puede terminar automáticamente si: (1) usted deja de pagar mensualmente la prima, (2) obtiene cobertura de salud a través de otra empresa, (3) comienza la cobertura de Medicare para una persona que se beneficia de la prórroga; (4) un cónyuge se vuelve a casar y se convierte en elegible para la cobertura de otro plan de salud grupal; o, (5) el plan se termina.

Tanto usted como el Distrito Escolar Independiente Cypress-Fairbanks tienen responsabilidades cuando ciertos eventos que lo califican a usted para la continuación de la cobertura ocurren. Usted o un dependiente cubierto tiene la responsabilidad de informarle al administrador de Cobra de Cypress-Fairbanks, Wellsystems, sobre un divorcio, separación legal o si un hijo pierde el estatus de dependiente bajo el plan de salud grupal antes de que transcurran sesenta (60) días a partir del evento calificativo. Luego Wellsystems le notificará a cualquier otro dependiente que haya sido afectado por el evento en cuanto a su derecho de seleccionar la cobertura de COBRA.

Los participantes de COBRA también tienen la responsabilidad de notificar al Distrito si aplica algún evento calificativo adicional de COBRA durante la continuación de la cobertura de COBRA que pueda calificarlos para optar por meses adicionales de la cobertura extendida.

Cambios legislativos a la cobertura de COBRA con vigencia a partir del 1.º de enero de 1997.

Prórroga por Discapacidad - Si usted selecciona la continuación de la cobertura de COBRA en base a la terminación del empleo o a la disminución de horas de trabajo y usted se vuelve discapacitado (según lo determina el Seguro Social) durante los primeros sesenta (60) días de la continuación de la cobertura de COBRA, usted y los miembros de su familia que están cubiertos podrán elegir una prórroga adicional especial de once (11) meses, para un total de veinte y nueve (29) meses de continuación de cobertura de COBRA. **Para seleccionar los once (11) meses de prórroga, usted debe notificar al administrador del plan dentro de los primeros sesenta (60) días a partir de la fecha en que el Seguro Social haya determinado que usted o el miembro de su familia está discapacitado y dentro de los primeros dieciocho (18) meses de la fecha de inicio de la continuación de la cobertura de COBRA.** (El costo de la cobertura de COBRA aumentará del 102% al 150% de la prima total durante este período de prórroga adicional de once (11) meses.)

Hijos recién nacidos y niños adoptados - Si usted tiene el derecho de utilizar COBRA bien sea porque usted es o fue empleado de Cypress-Fairbanks ISD y su hijo nace o usted adopta a un niño mientras que usted está con la continuación de la cobertura de COBRA, usted puede inscribir a su nuevo hijo inmediatamente en la continuación de la cobertura de COBRA. Además, su hijo recién nacido o adoptivo obtendrá el estatus de "beneficiario calificado"; en otras palabras, el niño tendrá derechos de elección independiente y derechos de eventos calificativos secundarios.

Limitación por condición preexistente - la cobertura de COBRA se podrá terminar cuando usted pase a estar cubierto por otro plan de salud grupal, pero solo si el otro plan no contiene una exclusión o limitación que afecte alguna condición preexistente que usted tenga. Si usted pasa a estar cubierto bajo otro plan de salud grupal y se ve afectado por una limitación debido a una condición preexistente, la cobertura de COBRA podrá ser cancelada tan pronto dicha limitación por la condición preexistente se satisfaga debido a la acreditación del nuevo plan hacia toda limitación de cualquier cobertura que usted haya tenido anteriormente.

Debe tener en cuenta que usted también podría obtener una cobertura a través del Mercado de Seguros de Salud que pueda costar menos que la continuación de la cobertura de COBRA y que la oferta de COBRA no limitará su elegibilidad para una cobertura o para un crédito fiscal a través de Mercado.

Usted tendrá 60 días a partir del día en que pierde su cobertura basada en el trabajo para inscribirse en el Mercado. Esto se debe a que perder su cobertura de salud basada en el trabajo es un evento de "inscripción especial". Luego de 60 días, su período de inscripción especial finalizará y usted no podrá inscribirse, de manera que es recomendable que actúe de inmediato. Además, cualquier persona puede inscribirse en el Mercado de cobertura durante el período de "inscripción abierta".

Si se inscribe en la continuación de la cobertura de COBRA, usted puede cambiarse a un plan del Mercado durante el período de inscripción abierta. Usted también puede terminar la continuación de la cobertura de COBRA antes y cambiar a un plan del Mercado si usted tiene otro evento calificativo como, por ejemplo, si usted se casa o el nacimiento de un hijo a través de otro "período de inscripción especial". Sin embargo, preste atención, si usted finaliza su continuación de la cobertura de COBRA anticipadamente sin tener otro evento calificativo, tendrá que esperar hasta el siguiente período de inscripción abierta para inscribirse en una cobertura del Mercado, y podría terminar sin ninguna cobertura de salud en el ínterin.

Una vez que usted haya agotado su continuación de cobertura de COBRA y la cobertura expire, usted será elegible para inscribirse en la cobertura del Mercado a través de un período de inscripción especial, aun cuando el período de inscripción abierta del Mercado haya terminado.

Si se inscribe en la cobertura del Mercado en vez de inscribirse en la continuación de la cobertura de COBRA, usted no podrá regresar a la continuación de la cobertura de COBRA bajo ninguna circunstancia.

Si usted tiene alguna pregunta acerca de la ley de COBRA, necesita información sobre la prima o necesita reportar un evento calificativo, comuníquese con:

Administradores de COBRA de CFISD

para Planes médicos (TRS-ActiveCare: bswift (833) 682-8972

Planes voluntarios (Dental, Visión, etc.) Station & Ayers (281) 333-9792



COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES

THE ALLIANCE Programa de contratación directa

Aviso para empleados de los requisitos de The Alliance

Importante información de contacto:

Para encontrar un proveedor, visite:
www.pswca.org.

Para contactar a su ajustador en el Fondo de Gestión de Riesgo de TASB, visite: www.tasbrmf.org o llame al (800) 482-7276.

Información, instrucciones, derechos y obligaciones: Si usted se lesiona en el trabajo, avise de inmediato a su supervisor o empleador. La información en este aviso le ayudará a encontrar tratamiento médico para su lesión. Su empleador también le ayudará con toda pregunta que tenga acerca de su tratamiento. Usted también puede contactar a su ajustador en el Fondo de Gestión de Riesgo de TASB (The Fund) por preguntas acerca de su tratamiento o lesión relacionada con el trabajo. The Fund es el proveedor de cobertura de compensación para trabajadores de su empleador y trabaja con su empleador para asegurarse de que usted reciba atención médica oportuna y apropiada. La meta es regresar al trabajo tan pronto como sea seguro hacerlo.

¿Cómo elijo a un médico tratante? Usted debe elegir a un médico tratante de la lista de proveedores. Este es un requisito para que pueda recibir cobertura para gastos médicos relacionados con su lesión en el trabajo. En el sitio web de Alliance en www.pswca.org hay una lista de proveedores y en el sitio web de The Fund en www.tasbrmf.org hay una enlace donde se identifica a los proveedores que aceptan pacientes nuevos.

Si su médico tratante deja de formar parte de la lista de Alliance, se comunicaremos por escrito. Usted tendrá el derecho de elegir a otro médico tratante de la lista de médicos de Alliance. Si su médico deja Alliance y usted tiene una condición que pone en peligro su vida o una condición grave para lo cual la interrupción de la atención médica sería perjudicial para usted, su médico podría solicitar continuar el tratamiento con él por **90 días más**.

¿Qué pasa si vivo fuera del área de servicio? Si usted cree que vive fuera del área de servicio, podría solicitar una revisión de área de servicio llamando a su ajustador.

¿Cómo puedo cambiar médicos tratantes? Si usted no está conforme con su primera elección de médico tratante, puede elegir a un médico tratante alternativo de la lista de contratación directa de médicos tratantes en el área de servicio donde usted vive. The Fund no le negará una elección de médico tratante alternativo. Para cambiar su médico tratante por segunda vez, tendrá que obtener autorización de parte de su ajustador.



¿Cómo se manejan las derivaciones de los médicos tratantes?

Las derivaciones para servicios de atención médica que usted o su médico soliciten estarán disponibles oportunamente según lo requiera su condición médica. Las derivaciones estarán disponibles **a más tardar 21 días** después de la solicitud. Su médico debiese derivarlo a otro proveedor de Alliance a menos que sea médicamente necesario hacer la derivación fuera de Alliance. Si usted necesita atención de emergencia, no necesita obtener una derivación.

¿Quién paga por el cuidado médico? Los proveedores de Alliance han acordado obtener pago de The Fund por su atención médica. Ellos no debiesen solicitarle pagos a usted. Si usted recibe atención médica de parte de un médico que no esté en la lista de Alliance sin autorización previa de su ajustador, probablemente tenga que pagar el costo de la atención médica y podría refutar su beneficio de ingresos. Usted puede obtener tratamiento de proveedores médicos que **no estén en contrato** con Alliance solamente en las siguientes situaciones:

- Emergencias: Usted debiese ir al hospital o centro de emergencias más cercano
- Usted no vive en el área de servicio de Alliance.
- Su médico tratante lo deriva a un proveedor o instalación fuera de Alliance. Esta derivación debe ser aprobada por su ajustador.

Quejas: Usted tiene derecho a presentar quejas a Alliance. Usted puede hacer esto si no está conforme con cualquiera de los aspectos de las operaciones del programa de contratación. Esto incluye quejas acerca del programa o de su médico de Alliance. También puede ser una queja general acerca de Alliance. El demandante puede notificar al Coordinador de Quejas (*Grievance Coordinator*) de Alliance acerca de la queja, por teléfono, por medio del sitio web de Alliance en www.pswca.org o por escrito va correo postal o fax. Las quejas deben enviarse a:



PSWCA (The Alliance)
Attention: Grievance Coordinator
P.O. Box 763
Austin, TX 78767-0763
Phone: 866-997-7922

Las quejas deben presentarse al coordinador de quejas del programa **no más tarde de 90 días de la fecha en la que haya ocurrido el asunto**. Las leyes de Texas no permiten que Alliance tome represalias en su contra si usted presentara una queja en contra del programa. Alliance tampoco tomará represalias en su contra si usted apelara la decisión del programa. Las leyes no permiten que Alliance tome represalias en contra de su médico tratante si presentara una queja en contra del programa o apelara la decisión del programa en su nombre.

Qué hacer cuando se lesiona en el trabajo:

Si usted se lesiona en el trabajo, notifique a su empleador lo antes posible. Su empleador podría tener una lista de médicos tratantes de Alliance en su área de servicio. La lista complete de médicos tratantes de Alliance está también disponible en línea en www.pswca.org. Usted también puede contactarnos directamente a la dirección y teléfono a continuación:

TASB Risk Management Fund
P.O. Box 2010
Austin, TX 78768
(800) 482-7276

En caso de emergencia: Si usted se lesiona en el trabajo y es una emergencia que pone en peligro su vida, usted debiese ir a la sala de emergencias más cercana. Si usted se lesiona en el empleo después del horario de oficina o al estar trabajando fuera de su área de servicio, usted debiese ir a la instalación médica más cercana. Después de recibir atención de emergencia, quizás necesite atención continua. Usted tendrá que elegir un médico tratante de la lista de proveedores de Alliance. Esta lista está disponible en línea en www.pswca.org. Si usted no tiene acceso a internet, llame al (800) 482-7276 o pida a su empleador que le proporcione una lista. El médico que elija supervisará la atención que usted reciba por su lesión relacionada con el trabajo. Con excepción de la atención de emergencia, usted debe obtener atención médica y derivaciones a especialistas por medio de su médico tratante aprobado de Alliance.

La atención de emergencia no tiene que ser aprobada de antemano: “Emergencia médica” según definida por las leyes de Texas, es una condición médica que aparece súbitamente con síntomas lo suficientemente graves

como para que una persona razonable crea que usted necesita atención inmediata o podría sufrir un daño. Ese daño incluiría que su salud o funciones corporales estuvieran en peligro o la pérdida de función de un órgano o parte del cuerpo.

Atención que no es de emergencia: Notifique su lesión a su empleador lo antes posible. Elija a un médico tratante de la lista de proveedores de Alliance. Esta lista está disponible en línea en www.pswca.org. Si usted no tiene acceso a internet, llame al (800) 482-7276 o pida a su empleador que le proporcione una lista.

Tratamientos para los que se necesita aprobación por adelantado: Ciertos tratamientos o servicios prescritos por su médico deben ser aprobados por adelantado. Su médico debe solicitar aprobación del Fondo de Gestión de Riesgo de TASB antes de proporcionar el tratamiento o servicio específicos. Por ejemplo, usted podría necesitar quedarse en el hospital unos días más de los aprobados por adelantado. De ser así, el tratamiento agregado debe aprobarse por adelantado.

Los siguientes solicitudes de tratamientos médicos que no son necesariamente de emergencia deben aprobarse por adelantado:

- Admisiones a hospital de pacientes hospitalizados
- Servicios quirúrgicos ambulatorios
- Cirugía de columna
- All Non-exempted Work Hardening
- All Non-exempted Work Conditioning
- Fisioterapia o terapia ocupacional excepto por las seis (6) primeras visitas si esas seis visitas se hicieron en las 2 primeras semanas inmediatamente después de la fecha de la lesión o la fecha de la cirugía.
- Todo servicio de investigación o experimental
- Todas las evaluaciones psicológicas y la psicoterapia
- Estudios repetidos para diagnóstico de más de \$350
- Todo equipo médico durable (DME) en exceso de \$500
- Tratamiento de dolor crónico y Rehabilitación de Interdisciplinary Pain Rehabilitation
- Medicamentos que no estén incluidos en el Formulario de la División de Compensación para Trabajadores del Departamento de Seguros de Texas (TDI)
- Medicamentos narcóticos suministrados por más de 60 días
- Todo tratamiento o servicio que exceda las Pautas Oficiales de Discapacidad (ODG)

El número de teléfono al que debe llamar su médico para solicitar uno de estos tratamientos es 800-482-7276, interno 6654.

Si se negara el tratamiento o servicio solicitado, TASB se lo comunicará por escrito. El aviso por escrito incluirá información acerca de sus derechos de solicitar que se vuelva a considerar o apelar el tratamiento negado. También incluirá información acerca de su derecho de solicitar una revisión por una Organización de Revisión Independiente por medio del Departamento de Seguros de Texas.

Las áreas de servicio de contratación de servicios están sujetas a cambios. Para buscar a un médico tratante en su área, visite el sitio web de PSWCA en: www.pswca.org o llame a su ajustador al 1-800-482-7276.

Divulgación obligatoria del plan de salud exento por derechos adquiridos

Los Administradores del Plan de salud TRS-ActiveCare creen que este plan es un “plan de salud exento por derechos adquiridos” bajo la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible. Según permitido por la Ley de Cuidado de Salud Asequible, un plan de salud exento por derechos adquiridos puede conservar cierta cobertura de salud que ya estaba en efecto cuando la ley fue promulgada.

Ser un plan de salud exento por derechos adquiridos significa que su plan podría no incluir ciertas protecciones de consumidor de la Ley de Cuidado de Salud Asequible que aplican a otros planes, por ejemplo, el requisito para la provisión de servicios de salud preventivos sin ninguna distribución de costos. Sin embargo, estos planes de salud deben cumplir con otras ciertas protecciones de consumidor de la Ley de Cuidado de Salud Asequible, por ejemplo, la eliminación de límites para toda la vida en los beneficios.

Si tiene preguntas acerca de qué protecciones aplican y qué protecciones no aplican al plan de salud exento por derechos adquiridos y qué podría causar que un plan cambie de un estado de plan de salud exento por derechos adquiridos, contacte directamente al administrador del plan.

Usted también puede encontrar más información acerca de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible en: www.healthcare.gov.

EL SITIO WEB DEL DEPARTAMENTO DE SEGUROS ES A DONDE DEBE DIRIGIRSE

Desde el sitio web de Cy-Fair ISD:

WWW.CFISD.NET
Staff / HR / Insurance

Seleccione:

“Your Benefits Station”
para

Detalles de planes de beneficio
Enlaces a proveedor de la Red
Tarifas de las primas

Enlaces a la compañía de seguros
Formularios de reclamación
Información de contacto de agentes

DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE CYPRESS-FAIRBANKS

AVISO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE LA FORMA EN QUE SU INFORMACIÓN MÉDICA PODRÍA USARSE Y DIVULGARSE Y LA FORMA EN QUE USTED PUEDE TENER ACCESO A LA INFORMACIÓN.

NUESTRAS OBLIGACIONES LEGALES

Por ley, nosotros debemos salvaguardar, de forma razonable, la privacidad de su información médica protegida. También debemos darle este aviso acerca de nuestras obligaciones legales y de las prácticas de privacidad en relación con su información médica protegida. La información médica protegida es toda información médica individualmente identificable, ya sea oral o grabada de cualquier forma, creada o recibida por entidades tales como proveedores de atención médica, planes de salud o empleadores, y que se refiere a la salud física o mental o la condición de una persona, o al pago para la provisión de atención médica a una persona y que se mantiene en un archivo designado.

Tenemos la obligación de acatar los términos de este aviso que esté en vigencia en la actualidad. Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso para toda la información médica protegida que mantenemos aun cuando haya sido creada o recibida antes de la emisión de este aviso. En caso de que se hiciera alguna revisión material, distribuiremos una copia del aviso revisado.

Este aviso entra en vigor el 14 de abril de 2003, y permanece en efecto hasta que lo reemplacemos.

Usted puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento o puede ver la Declaración de Prácticas de Privacidad del Distrito en su totalidad en el “Manual del Empleado de CFISD” publicado en el sitio web del departamento de Recursos Humanos del distrito en: <http://www.cfisd.net/en/staff/hr/employee-handbook/>

Para más información acerca de nuestras prácticas de privacidad o si necesita copias adicionales de esta aviso, sírvase contactar a la persona nombrada al final de este aviso.

PREGUNTAS Y QUEJAS

Si usted tiene preguntas, inquietudes o quejas acerca de nuestras prácticas de privacidad, no dude en contactarnos.

Amanda Boyles, Superintendente Adjunta (281) 897- 4020

Karen Smith, Superintendente Adjunta (281) 897- 3856

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados o si está preocupado acerca de una decisión relacionada con el acceso, restricción, enmienda, reporte o aviso, usted puede presentar una queja a la persona contacto listada abajo. También puede presentar una queja por escrito al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. en: Region VI, Office for Civil Rights, U.S. Department of Health and Human Services, 1301 Young Street, Suite 1169, Dallas, Texas 75202; o por correo electrónico a: OCRComplaint@hhs.gov.

La privacidad de su información médica es importante para nosotros. Nosotros no tomaremos represalias en su contra por presentar una queja.

¿NECESITA AYUDA?

El Departamento de Seguros del distrito está siempre disponible para ayudarle con sus preguntas o inquietudes acerca de los beneficios. Nuestra oficina está ubicada en el Centro de Apoyo Educativo - Norte (ISC-N), 10300 Jones Rd., Suite 335, teléfono (281) 897-3882. Si necesita ayuda adicional con la selección de planes de beneficios puede contactar directamente a las siguientes compañías o visitar el sitio web del Departamento de Seguros donde encontrará enlaces a las compañías administradoras de los planes de beneficios y sus redes de proveedores.

PARA OBTENER AYUDA

Beneficio	Proveedor	Contacto	No. de teléfono	Sitio web o dirección de correo electrónico
Departamento de Seguros del CFISD	Inicial del apellido del empleado de la A – K Inicial del apellido del empleado de la L – Z	Laura Unger Robin Rubalcava	(281) 897-4138 (281) 897-4747	www.cfishd.net/ <i>Go to: Staff / HR / Insurance</i>
Médico	Planes TRS-ActiveCare <i>BlueCross BlueShield</i>	Servicio al cliente	(866) 355-5999	www.bcbstx.com/trsactivecare
Medicamentos bajo receta médica	CVS Caremark			
Medical HMO (debe residir en el área de servicio)	Scott & White HMO	Servicio al cliente	(800) 321-7947	https://trs.swhp.org
HSA (Cuenta de ahorro para la salud)	Disponible solo para quienes se inscriban en: TRS-ActiveCare HD (todos los niveles de cobertura)		(800) 357-6246	Para información sobre HSA: www.hsabank.com Para inscribirse: http://www.cfishd.net/dept2/insur/egmi_savings.htm
Seguro Dental	Cigna PPO y DHMO	Audrey Ayers (Station & Ayers)	(281) 333-9792	audrey@yourbenefitstation.com
Descuento Dental	MSofA Dent-All	Wes Ryan Servicio al cliente	(281) 894-5080 (866)362-1517	wryaninsurance@hotmail.com
	QCD of America	Servicios para miembros	(800) 229-0304 ext. 170	www.qcdofamerica.com
Seguro por discapacidad	Sun Life	Audrey Ayers Servicio al cliente	(281) 333-9792 (800) 877-2701	audrey@yourbenefitstation.com
Seguro para el cáncer y otras enfermedades específicas	Humana	Lou Moore Servicio al cliente	(281) 380-1488 (800) 845-7519	ritagmoore@yahoo.com
Seguro de Vida Básica y AD&D y Seguro de Vida Suplementario (Opcional)	Voya Financial	Jessica Demler (Assured Partners) Servicio al cliente	(281) 810-4943 (877) 886-5050	Jessica.Demler@assuredpartners.com
Seguro de la Visión Guardian	Guardian Life Insurance	Reginald Lillie Servicio al cliente	(281) 213-9663 (888) 600-1600	rlillieins@sbcglobal.net
Protección de identidad	iLock 360	Servicio al cliente	(855) 287-888	www.iLOCK360.com
Programa de ayuda al empleado	Voya Financial / ComPsych	Servicio al cliente	(877) 533-2363	www.guidanceresources.com
Planes de inversión de impuestos diferidos	Plan 403(b) y 457	Administradores TCG	(800) 943-9179	www.region10rams.org

NOTAS