



2024-2025 GUÍA DE BENEFICIOS PORT NECHES-GROVES ISD





BIENVENIDO A SUS BENEFICIOS DE EMPLEADOS

Port Neches-Groves ISD se está asociando con PEC para proporcionar una experiencia de beneficios de clase mundial para todos los empleados. Los agentes de beneficios de PEC revisarán sus beneficios con usted de manera individual y confidencial, y le proporcionarán una explicación detallada de todo nuestro programa de beneficios. Cada año nos esforzamos por ofrecer a nuestros empleados planes de beneficios completos y competitivos. En las páginas siguientes encontrará un resumen de nuestros beneficios para el año del plan del 1 de Septiembre de 2024 al 31 de Agosto de 2025. Lea atentamente esta guía mientras se prepara para realizar sus elecciones para el próximo Año del Plan.

Acerca de esta Guía de Beneficios

Esta guía de beneficios describe los aspectos más destacados del programa de beneficios de Port Neches-Groves ISD en un lenguaje no técnico. Sus derechos específicos a los beneficios del plan se rigen exclusivamente, y en todos los aspectos, por los documentos oficiales del plan, y no por la información contenida en esta guía. En caso de discrepancia entre la descripción de los elementos del programa que figura en esta guía de beneficios y los documentos oficiales del plan, prevalecerá la redacción de los documentos oficiales del plan. Consulte los documentos específicos del plan publicados por cada una de las respectivas compañías para obtener información detallada sobre el plan. Debe tener en cuenta que todos y cada uno de los elementos del programa de beneficios de Port Neches-Groves ISD pueden ser modificados en el futuro, en cualquier momento, para cumplir con los requisitos del Internal Revenue Service rules, o de otro modo, según decida Port Neches-Groves ISD.

Evite tomar decisiones rápidas: inscríbese pronto!

Pónganse en contacto con nuestros agentes en el Centro de Servicios de Beneficios para obtener más información sobre sus beneficios y completar su proceso de inscripción, ya sea eligiendo, cambiando o renunciando a beneficios. Antes de hablar con un agente de beneficios, tenga a mano la siguiente información: nombres de dependientes, fechas de nacimiento, números de la seguro social, direcciones y números de teléfono.

**Centro de Beneficios:
(800) 933-7565**

Lunes - Viernes:
8:00 AM - 7:00 PM (CST)
Sábado:
9:00 AM - 3:00 PM (CST)

^ Consulte la página 4 para obtener más información sobre sus opciones de inscripción..



ÍNDICE

- 4 Elegibilidad e Inscripción
- 5 Médico
- 6 Recetas médicas
- 7 Cuenta de Ahorros de Salud
- 8 Cuenta de Gastos Flexibles
- 9 Dental
- 10 Visión
- 11 Seguro de Vida Básico y AD&D
- 11 Seguro de Vida Voluntario
- 12 Incapacidad a Largo Plazo
- 13 EAP
- 17 Accidentes
- 18 Enfermedades Críticas
- 19 Indemnización Hospitalaria
- 20 Seguro de Indemnización por Cáncer
- 21 Seguro de Vida Permanente
- 22 Protección de Robo de Identidad
- 24 Salud Mental Virtual
- 25 Transporte de Emergencia
- 27 Términos del Seguro de Salud
- 28 Preguntas más frecuentes
- 29 Avisos Marketplace
- 32 Contactos Importantes

Port Neches-Groves ISD fomenta la salud y el bienestar financiero de sus empleados proporcionándoles acceso a una atención médica de calidad y asequible. Los empleados de tiempo completo elegibles tienen acceso al Programa de Beneficios integral de Port Neches-Groves ISD. Tenga en cuenta que en cualquier momento durante el año del plan, Port Neches-Groves ISD puede llevar a cabo una auditoría solicitando documentación de apoyo de todos los dependientes elegibles

¿Qué hay de nuevo este año 2024?

- Visión
 - Nueva Compañía - EyeMed
- Accidentes & Enfermedades Críticas
 - Nuevos Planes - Lincoln Financial Group
- Incapacidad a Largo Plazo
 - Nueva Compañía - New York Life Group Benefit Solutions
- Seguro de Vida Permanente
 - Nueva Compañía - Chubb
- HSA, FSA & COBRA
 - Nueva Compañía - NBS
- ID Protector
 - Nueva Compañía - Allstate
- Telemedicina
 - Nueva Compañía - Recuro



Elegibilidad e Inscripción

Elegibilidad

Si eres empleado de tiempo completo de Port-Neches-Groves ISD que está regularmente programado para trabajar por lo menos 17.5 horas por semana, eres elegible para inscribirse en el Programa de Beneficios de Port-Neches-Groves ISD.

Sus Dependientes

También puede inscribir a dependientes.

Dependientes elegibles son:

- Cónyuge legal o pareja doméstica (o pareja de hecho en los Estados que reconocen los matrimonios domésticos).
- Cónyuges del mismo sexo legalmente casados.
- Parejas Domesticas
- Hijos hasta los 26 años (incluye hijos biológicos, hijastros, hijos adoptados legalmente, hijos de hecho, hijos cuya tutela legal le haya sido otorgada a usted o a su cónyuge o pareja doméstica).

Realizar cambios durante el año

Por lo general, no puede realizar ningún cambio en sus beneficios durante el año, a menos que experimente un evento de vida (Qualifying Life Event, QLE).

Ejemplos de QLEs son:

- Cambio en su estado civil legal (matrimonio, divorcio o separación legal).
- Cambio en el número de dependientes (por ejemplo, por nacimiento o adopción, o si un hijo deja de ser dependiente elegible).
- Cambio en la situación laboral de su cónyuge o pareja doméstica (con pérdida o ganancia de cobertura).
- Cambio en su situación laboral de tiempo completo a tiempo parcial, o de tiempo parcial a tiempo completo, con el resultado de una ganancia o pérdida de elegibilidad.
- Ser elegible para Medicare o Medicaid.

Fecha Efectiva de Beneficios

Por lo general, no puede modificar sus beneficios a lo largo del año, a menos que se produzca un evento de vida calificado(QLE).

Ejemplos de eventos de vida(QLE):

- **Nuevas contrataciones.** Su cobertura comienza el primer día del mes siguiente a la fecha de contratación.
- **Empleados actuales.** Cualquier cambio que realice durante el periodo anual de inscripción abierta entrará en vigor el 1 de Septiembre de 2024.

**El año del plan de beneficios es:
Septiembre 1, 2024 hasta Agosto 31st, 2025.**

Su cambio de cobertura debe ser acorde con su cambio de estatus y debe realizarse en los 30 días siguientes al evento calificativo(QLE). Póngase en contacto con Recursos Humanos para obtener más información o si tiene un evento calificativo(QLE).

Centro de Beneficios

Póngase en contacto con el Centro de Servicios de Beneficios y hable con un agente para obtener más información sobre sus opciones de beneficios y completar su inscripción.

Antes de hablar con un agente de beneficios, tenga a mano la siguiente información: nombres de dependientes, fechas de nacimiento, números de la seguro social, direcciones y números de teléfono.

Centro de Beneficios (800) 933-7565

Lunes - Vierens: 8:00 AM - 7:00 PM (CST)
Sabado: 9:00 AM - 3:00 PM (CST)



Médico - BlueCross BlueShield of Texas

El programa médico, administrado por BlueCross BlueShield of Texas (BCBS), proporciona el sistema para su buena salud y bienestar. Con el fin de satisfacer mejor las diversas necesidades de nuestros empleados, Port Neches-Groves ISD ofrece 4 planes médicos que se describen a continuación.

Términos que Debe Conocer

- **Cuota:** La cantidad mensual que paga por la cobertura médica.
- **Deducible:** La cantidad anual por gastos médicos que usted es responsable de pagar antes de que su plan comience a pagar.
- **Copago:** Cantidad fija que usted paga por un servicio cubierto en el momento de recibirlo. El monto puede variar según el servicio.
- **Coseguro:** La parte que debe pagar por los servicios después de alcanzar el deducible. Suele ser un porcentaje determinado de los costos.
- **Desembolso Máximo:** El importe máximo que paga cada año por los gastos médicos. Una vez alcanzado el importe máximo, el plan paga el 100% de los gastos permitidos por los servicios cubiertos.

Resumen del Plan Médico	ActiveCare Primary	ActiveCare Primary+	ActiveCare HD		ActiveCare 2	
	En Red	En Red	En Red	Fuera de Red	En Red	Fuera de Red
Deducible Anual						
Individual	\$2,500	\$1,200	\$3,200	\$6,400	\$1,000	\$2,000
Familiar	\$5,000	\$2,400	\$6,400	\$12,800	\$3,000	\$6,000
Coseguro	Paga el 30% después del ded.	Paga el 20% después del ded.	Paga el 30% después del ded.	Paga el 50% después del ded.	Paga el 20% después del ded.	Paga el 40% después del ded.
Desembolso Máximo Anual						
Individual	\$8,050	\$6,900	\$8,050	\$20,250	\$7,900	\$23,700
Familiar	\$16,100	\$13,800	\$16,100	\$40,500	\$15,800	\$47,700
Visitas al Consultorio						
Atención Primaria	Copago de \$30	Copago de \$15	30% después del deducible	50% después del deducible	Copago de \$30	40% después del deducible
Especialista	Copago de \$70	Copago de \$70	30% después del deducible	50% después del deducible	Copago de \$70	40% después del deducible
Urgencias	Copago de \$50	Copago de \$50	30% después del deducible	50% después del deducible	Copago de \$50	40% después del deducible
Sala de Emergencia	30% después del deducible	20% después del deducible	30% después del deducible		Copago de \$250 + 20%	
Costos Ambulatorios	30% después del deducible	20% después del deducible	30% después del deducible	50% después del deducible	20% después del deducible (\$150 facilidad por día máximo)	40% después del deducible (\$150 facilidad por día máximo)
Costos de Hospitalización	30% after deductible	20% after deductible	30% after deductible	50% after deductible (\$500 facility per day maximum)	20% after deductible (\$150 facility per day maximum)	40% after deductible (\$500 facility per day maximum)
	Tarifas Mensuales (12) del Plan Médico					
	ActiveCare Primary	ActiveCare Primary+	ActiveCare HD		ActiveCare 2	
Empleado	\$0.00	\$72.00	\$0.00		\$511.00	
Empleado + Cónyuge	\$819.00	\$991.00	\$854.00		1,900.00	
Empleado + Hijo(s)	\$330.00	\$474.00	\$352.00		\$1,005.00	
Familia	\$1,161.00	\$1,393.00	\$1,205.00		\$2,339.00	



Medicamentos Recetados

Si se inscribe en uno de los planes médicos de BlueCross BlueShield of Texas, recibirá automáticamente cobertura de medicamentos recetados a través de BlueCross BlueShield of Texas. Cuando necesite medicamentos recetados, puede adquirirlos a través de una farmacia minorista local o, para medicamentos de mantenimiento, a través del programa de pedidos por correo.

Le recomendamos que hable con su médico sobre el medicamento más adecuado para usted y que solicite medicamentos con receta menos caros (medicamentos genéricos). Su farmacéutico podrá recomendarle alternativas que producen el mismo efecto deseado pero que pueden ser más económicas que un medicamento de marca.

¿Sabías que...?

Puedes llamar a un **guía personal de salud 24/7** para que le ayude a encontrar el mejor precio para un servicio médico.

Comuníquese al 1-866-355-5999

Programa de Pedidos por Correo

Al elegir el servicio de entrega a domicilio de Express Scripts® Pharmacy, usted puede recibir en la puerta de su casa un suministro de hasta 3 meses de sus medicamentos de largo plazo.

Para comenzar con la entrega a domicilio, pídale a su médico que envíe una receta electrónica a la Farmacia Express Scripts® o llame al **Servicio de Atención al Cliente TRS-ActiveCare de Express Scripts al (844) 367-6108.**



Cobertura de Medicamentos Recetados	ActiveCare Primary	ActiveCare Primary+	ActiveCare HD	ActiveCare 2
Deducible de Prescripción	Integrado con el médico	\$200 ded. por participant (sólo medicamentos de marca)*	Integrado con el médico	\$200 deducible por marca
Genéricos (Suministro 31/90 días)	Copago de \$15/45; \$0 para ciertos genéricos**	Copago de \$15/\$45	20% después del deducible; \$0 para ciertos genéricos	Copago de \$20/45
Preferido	30% después del deducible	25% después del deducible	25% después del deducible	25% después del deducible (\$40 mín/\$80 máx)/ 25% después del deducible (\$105 mín/\$210 máx)
No-Preferido	50% después del deducible	50% después del deducible	50% después del deducible	50% después del deducible (\$100 mín/\$200 máx/ 50% después del deducible (\$215 mín/\$430 máx)
Especialidad (Máximo 31 días)	\$0 si es elegible para SaveOnSP; 30% después del deducible	\$0 si es elegible para SaveOnSP; 30% después del deducible	20% después del deducible	\$0 if SaveOnSP eligible; 30% after deductible (\$200 mín/\$900 máx)/No hay suministro para 90 días de medicamentos especializados
Gastos Fuera del Bolsillo Por Insulina	Copago de \$25 por suministro de 31 días; \$75 para suministro de 61-90 días	Copago de \$25 por suministro de 31 días; \$75 para suministro de 61-90 días	25% después del deducible	Copago de \$25 por suministro de 31 días; \$75 para suministro de 61-90 días

* ÚNICAMENTE TRS-ActiveCare Primary+: El deducible de medicinas recetadas sólo se aplica a medicinas de marca.

** TRS-ActiveCare Primary y TRS-ActiveCare HD, hay \$0 de copago para ciertos medicamentos genéricos.

Nota: Primary como Primary+ ofrecen visitas virtuales de salud mental a O S con cualquier proveedor de la red.



Cuenta de Ahorros de Salud (HSA) - NBS

- Nueva Compañía!

Tome las riendas de sus gastos médicos con una Cuenta de Ahorros de Salud (HSA). Si elige un Plan de Salud con Deducible Alto (HDHP), puede crear una HSA para compensar los gastos médicos que pague de su bolsillo (deducibles, coseguros, gastos de recetas, etc.), tanto usted como su cónyuge/pareja domestica y/o dependiente(s) elegible(s).

Elegibilidad para HSA

Puede abrir una HSA y contribuir a ella si:

- Está inscrito en un Plan de Salud con Deducible Alto (HDHP);
- No está cubierto por el plan de salud de su cónyuge o pareja domestica que no sea HDHP;
- No puede figurar como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona;
- No está inscrito en Medicare o TRICARE; y No ha recibido beneficios médicos del Departamento de Asuntos de Veteranos en los últimos 90 días por atención no relacionada con el servicio (no se tendrá en cuenta la atención relacionada con el servicio).

¡Triple Ahorro de Impuestos!

Puede beneficiarse de un “triple ahorro fiscal” al abrir una HSA con NBS. Esto se debe a que...

- Sus aportaciones son antes de impuestos (o deducibles fiscalmente);
- El saldo de su cuenta crece libre de impuestos.
- Los retiros para gastos médicos cubiertos también están exentos de impuestos

Abrir una Cuenta de Ahorros de Salud(HSA)

Debe elegir el plan HSA Base o Buy-Up para establecer una HSA. A continuación, deberá firmar un documento durante el proceso de inscripción que permita a NBS abrir la cuenta en su nombre.

Al abrir su HSA, recibirá una tarjeta de débito, que podrá utilizar para pagar los gastos elegibles hasta el saldo de su cuenta en el momento del pago.

Su HSA: es Suya

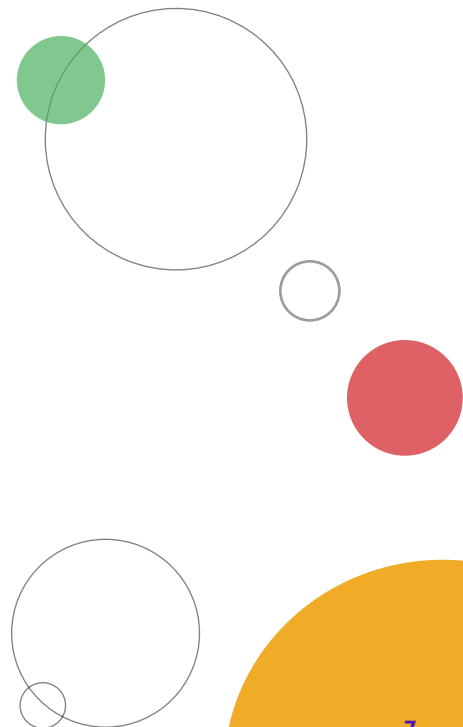
Usted determina cuánto desea aportar a su HSA, cuándo utilizar el dinero para pagar gastos médicos calificados y cuándo reembolsarse a sí mismo. Una HSA le permite ahorrar para futuros gastos médicos y no tiene que utilizar el saldo a final de año. El dinero de su HSA se transfiere al año siguiente y es transferible, incluso si cambia de plan o de trabajo.

Contribuciones a la HSA

Contribuciones Anuales Máximas IRS 2024	
Solo Empleado	\$4,150
Familia	\$8,300

Si usted y su cónyuge tienen cuentas HSA, deben coordinar sus aportaciones para que el total combinado no supere los límites de aportación. Puede transferir fondos de otra cuenta HSA.

Para más información sobre la inscripción, contactar NBS o visite www.nbsbenefits.com





Cuenta de Gastos Flexibles (FSA)

- NBS - Nueva Compañía!

Las Cuentas de Gastos Flexibles (FSA) administradas por NBS le permiten reservar dinero antes de impuestos de su nómina para pagar muchos gastos médicos, cuidado de dependientes y transporte. Al pagar estos gastos con dinero antes de impuestos, reduce el importe de su renta imponible y aumenta su salario neto. Puede optar por participar en una o en todas las FSA, independientemente de que elija o no otros beneficios.

Cuenta de Gastos Flexibles FSA

- Esta cuenta está disponible para todos los empleados elegibles que no estén inscritos en ninguno de los planes médicos HDHP para 2024.
- Puede contribuir hasta \$3,200 por año calendario antes de impuestos.

FSA para Cuidado de Dependientes

- Puede contribuir hasta \$5,000 por año calendario.
- Sin embargo, si está casado y usted y su cónyuge presentan declaraciones de impuestos por separado, el máximo que pueden aportar cada uno es de \$2,500.
- Puede utilizar los fondos de FSA para el cuidado de dependientes niños menores de 13 años o para un dependiente discapacitado.

Excepciones

Las excepciones a participar son

- Si usted y su cónyuge presentan declaraciones de impuestos por separado, pueden aportar \$2,500 al año.
- Si su cónyuge es empleado activo, su contribución máxima será la menor de las siguientes cantidades: los ingresos imponibles de su cónyuge (pero no más de \$5,000).
- Si su cónyuge es estudiante a tiempo completo o está discapacitado física o mentalmente, su cotización máxima es de \$2,500 al año si declara gastos por un dependiente \$5,000 al año si declara gastos por dos o más dependientes.

Normas Generales y Restricciones

A cambio de las ventajas fiscales que ofrecen las FSA, el IRS ha impuesto las siguientes normas y restricciones tanto para las FSA de gastos médicos como para las FSA de cuidado de dependientes:

- Sólo puede utilizar el dinero de sus FSA para reembolsar gastos en los que haya incurrido durante el año del plan para el cual se estableció la FSA.
- El IRS exige que utilice todo el dinero de su cuenta antes de final de año o lo perderá. Es lo que se llama la regla "úselo o piérdalo". No obstante, puede transferir \$640 al siguiente año del plan. No puede transferir dinero entre las cuentas FSA para gastos médicos y las cuentas FSA para cuidados de dependientes.
- No puede iniciar, interrumpir o modificar el monto de sus contribuciones a la FSA durante el año a menos que experimente un Evento de Vida Calificado (como: matrimonio, divorcio o nacimiento/adopción de un hijo). Póngase en contacto con su Departamento de Recursos Humanos.
- No puede reclamar gastos reembolsados a través de su FSA como deducción en su declaración del impuestos.
- El reembolso de las solicitudes de reembolso de la FSA para el cuidado de dependientes sólo alcanza el monto total que haya en su cuenta en ese momento.
- El cuidador no puede ser una persona considerada dependiente a efectos del impuesto sobre la renta (por ejemplo, uno de sus hijos mayores). Para recibir el reembolso, debe facilitar el número de identificación fiscal o el número de la Seguro Social de la persona que presta los cuidados.



Dental - Cigna

Una buena salud oral es tan importante como mantener su salud física. Port Neches-Groves ISD ofrece dos opciones de plan dental a través de Cigna - ambos Dental Preferred Provider Organization (DPPO).

Opciones del Plan Dental

Los PPO ofrecen prestaciones dentro y fuera de la red. Tenga en cuenta que pagará menos de su bolsillo cuando utilice proveedores de la red. Esto se debe a que las prestaciones fuera de la red están sujetas a limitaciones razonables y habituales.



Niveles de Beneficios	Plan Dental Alto PPO		Plan Dental Bajo PPO	
	En Red	Fuera de Red	En Red	Fuera de Red
Deducible Anual				
Individual	\$50	\$50	\$50	\$50
Familiar	\$150	\$150	\$150	\$150
Niveles de Beneficios				
Tipo 1 - Diagnóstico y Preventivo	100%	100%	100%	100%
Tipo 2 - Servicios Básicos	80%	80%	80%	80%
Tipo 3 - Servicios Mayores	50%	50%	50%	50%
Tipo 4 - Servicios de Ortodoncia para hijos dependientes hasta los 19 años	50%	50%	N/A	N/A
Beneficio Máximo Anual				
Tipo 1, 2 & 3 combinado	\$1,000 por año del plan	\$1,000 por año del plan	\$1,000 por año del plan	\$1,000 por año del plan
Tipo 4, mientras esté cubierto el plan	No Cubierto	No Cubierto	\$1,000 de por vida	\$1,000 de po vida

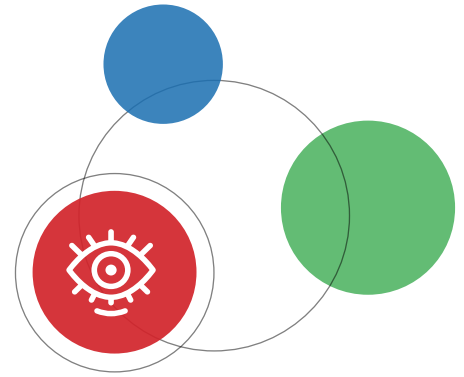
	Tarifas Mensuales (12) del Plan Dental	
	Plan Alto PPO	Plan Bajo PPO
Empleado	\$9.74	\$0.00
Empleado + Cónyuge	\$48.22	\$16.80
Empleado + Hijo(s)	\$60.94	\$23.48
Familia	\$91.28	\$46.64



Visión - EyeMed - Nueva Compañía!

Acerca del Plan de Visión

Con el plan EyeMed Vision, tiene acceso a proveedores dentro y fuera de la red. Cuando acuda a un proveedor de la red, pagará un copago por los servicios o recibirá cobertura hasta una cantidad determinada. En el caso de los proveedores fuera de la red, recibirá un importe de reembolso específico en función del servicio.



Características del Plan Visión	Beneficios	
	En Red	Fuera de Red
Servicios de Exámenes (una vez al año) Examen	Copago de \$10	Reembolso de hasta \$40
Servicios de Armazones (una vez al año)	Copago de \$0; 20% de descuento por encima al subsidio de \$130	Reembolso de hasta \$65
Armazones* Visión Singular Bifocal Trifocal/Lenticular Progresivos - Estándar Progresivos - Nivel Premium I, II or III Progresivos - Nivel Premium IV	Copago de \$10 Copago de \$10 Copago de \$10 Copago de \$65 Copago de \$95, \$105, o \$120 Copago de \$225	Reembolso de hasta \$30 Reembolso de hasta \$50 Reembolso de hasta \$70 Reembolso de hasta \$50 Reembolso de hasta \$50 Reembolso de hasta \$50
Opciones de Lentes Revestimiento anti-reflejo - Estándar Revestimiento anti-reflejo - Nivel Premium I, II o III Policarbonato - Estándar < 19 años Revestimiento Antirrayado - Plástico Estándar Tratamiento UV	Copago de \$45 Copago de \$57, \$68, o \$100 Copago de \$0 Copago de \$0 Copago de \$0	Reembolso de hasta \$23 Reembolso de hasta \$23 Reembolso de hasta \$20 Reembolso de hasta \$8 Reembolso de hasta \$8
Lentes de Contacto** Necesario por Razones Médicas Desechables Convencional	Copago de \$0; pagado en su totalidad Copago de \$0; 100% de descuento por encima al subsidio de \$120 Copago de \$0; 15% de descuento por encima al subsidio de \$120	Reembolso de hasta \$300 Reembolso de hasta \$60 Reembolso de hasta \$60
Adaptación y Seguimiento de Lentes de Contacto Adaptación y seguimiento - Estándar Adaptación y seguimiento - Premium	Copago de \$0; adaptación de contacto y dos visitas de seguimiento Copago de \$0; 10% de descuento por encima al subsidio de \$40	Reembolso de hasta \$40 Reembolso de hasta \$40

*Las gafas y monturas sustituyen a los lentes de contacto una vez cada año del plan.

**Los lentes de contacto sustituyen a las gafas y monturas una vez cada año del plan

	Tarifas Mensuales (12) de Visión
	EyeMed
Empleado	\$8.16
Empleado + Conyuge	\$16.18
Empleado + Hijo(s)	\$15.85
Familia	\$24.11

Nota: Los honorarios cobrados por un Proveedor por servicios que no sean una cobertura y cualquier impuesto local, estatal o federal deben ser pagados en su totalidad por la Persona Asegurada al Proveedor. Dichos honorarios, impuestos o materiales no están cubiertos por la Póliza. Los subsidios no prevén un saldo remanente para uso futuro dentro de la misma Frecuencia de Beneficios. Algunas de las disposiciones, prestaciones, exclusiones o limitaciones enumeradas aquí pueden variar según el estado.

Descuentos Adicionales

- **40% de descuento** en pares de gafas adicionales
- **20% de descuento** en cualquier artículo no cubierto por el plan, incluidas las gafas de sol no graduadas.
- **15% de descuento** sobre el precio de venta o **5% de precio promocional** para Lasik o PRK de US Laser Network.
- **Hasta un 66% de descuento** en audífonos, con garantía ampliada y pilas gratuitas a través de Amplifon Hearing Health Care Network.



Seguro de Vida Basico y AD&D

New York Life Group Benefit Solutions

No siempre es fácil hablar con su familia de cómo se mantendrán si usted no está, pero es una conversación importante. Los seguros de vida y AD&D pueden proporcionar protección financiera en caso de fallecimiento o accidente grave. La empresa proporciona una cobertura y usted tiene la opción de contratar una cobertura adicional para usted y dependientes. A continuación encontrará un resumen de las coberturas disponibles



Seguro de Vida Voluntario y AD&D

New York Life Group Benefit Solutions

No siempre es fácil hablar con su familia de cómo se mantendrán si usted no está, pero es una conversación importante. Los seguros de vida y AD&D pueden proporcionar protección financiera en caso de fallecimiento o accidente grave. La empresa proporciona una cobertura y usted tiene la opción de contratar una cobertura adicional para usted y dependientes. A continuación encontrará un resumen de las coberturas disponibles.

Beneficios de Seguro de Vida Básico y AD&D (Pagado por el Empleador)	
Para Usted	<ul style="list-style-type: none"> • Monto de Beneficio: \$15,000 • Beneficio Máximo: \$15,000 • Monto de Emisión Garantizada: \$15,000
Reduccion de Beneficios	<ul style="list-style-type: none"> • Si sigue trabajando, sus beneficios se reducirán al 65% a los 65 años y al 50% a los 70 años.
Características del Plan	<ul style="list-style-type: none"> • Empleado: 50% del monto de la cobertura de su Seguro de Vida a Término o \$100,000, lo que sea menor. • Beneficio pagadero si fallece, pierde una parte de su cuerpo o sufre parálisis en un accidente. • Si su servicio activo finaliza por incapacidad, a partir de los 60 años, la cobertura de su seguro de vida continuará mientras esté incapacitado.
Beneficios de Seguro de Vida Voluntario y AD&D (Pagado por el Empleado)	
Vida Voluntaria - Monto y Máximos de Beneficios	<ul style="list-style-type: none"> • Empleado: Incrementos de \$10,000 hasta 7 veces el salario o \$500,000 lo que sea menor • Cónyuge: Incrementos de \$5,000 hasta \$100,000 • Niños: Incrementos de \$2,000 hasta \$10,000; menor de 6 meses \$500
Vida Voluntaria - Monto de Emisión Garantizada*	<ul style="list-style-type: none"> • Empleado: \$200,000 • Cónyuge: \$50,000 • Niños: Todas las Cantidades
Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D) - Monto y Máximos de Beneficios**	<ul style="list-style-type: none"> • Empleado: Puede seleccionar entre \$10,000 a \$500,000 de cobertura en unidades de \$10,000 a un precio accesible. • Cónyuge: El monto de beneficio de su cónyuge será el 40% de su cobertura o el 50% si no tiene hijos dependientes, con un beneficio máximo de \$100,000. • Niños: El monto de beneficio de cada uno de sus hijos cubiertos será el 10% de su cobertura o el 15% si no tiene cónyuge, sujeto a un beneficio máximo de \$10,000.
Característica Adicional: Beneficio Acelerado - Enfermedad Terminal	<p>Si padece una enfermedad terminal con una esperanza de vida igual o inferior a 12 meses, la indemnización por Enfermedad Terminal le proporciona hasta:</p> <ul style="list-style-type: none"> Empleado: 50% del monto de la cobertura de Seguro de Vida a Término o \$100,000, lo que sea menor. Cónyuge: 50% del monto de la cobertura de Seguro de Vida a Término o \$50,000, lo que sea menor.

*Emisión Garantizada significa que puede contratar la cobertura sin exámenes médicos ni preguntas sobre la salud.

** La cobertura de cada miembro de la familia es un porcentaje del monto del beneficio que usted seleccione. Dependerá de quiénes sean sus familiares asegurados en el momento de producirse un siniestro accidental cubierto.



Incapacidad - New York Life Group Benefit Solutions - Nueva Compañía!

New York Life Group Benefit Solutions ofrece cobertura por incapacidad para protegerle frente a cualquier enfermedad o lesión debilitante. Este seguro protege una parte de sus ingresos hasta que pueda volver a trabajar o hasta que alcance la edad de jubilación, si sigue incapacitado.

Seguro de Incapacidad a Largo Plazo(LTD)

Este seguro sustituirá una parte de sus ingresos en caso de que quede físicamente incapacitado para trabajar debido a una enfermedad o lesión durante un periodo prolongado. Pueden aplicarse determinadas exclusiones, así como limitaciones por afecciones preexistentes. Consulte los documentos de su plan para más detalles o póngase en contacto con Recursos Humanos para conocer las condiciones específicas.

Características de LTD	Beneficios
Beneficio Máximo Mensual	Unidades de \$100 to \$7,500 (sin exceder 66.67% de ingresos mensuales)
Periodo de Eliminación	Sin periodo de espera
Beneficio Máximo Mensual	o empleados de cada clase, podrá elegirse una de las siguientes opciones: Opción 1: 0/7 Opción 2: 14/14 Opción 3: 30/30 Opción 4: 60/60 Opción 5: 90/90 Opción 6: 180/180
Limitación por Condición Preexistente	3 meses previos/12 meses asegurados
Opciones	Tarifas Mensuales (12) de LTD
0/7	\$4.060
14/14	\$3.240
30/30	\$2.430
60/60	\$1.830
90/90	\$1.580
180/180	\$1.220

Para más información, hable con un agente de beneficios.



Employee Assistance and Wellness Support.

Employee support they can count on.

We recognize that employees are often stretched between striving to do more at work while also balancing life responsibilities that can include taking care of their families and loved ones. Our Employee Assistance and Wellness Support¹ program provides a suite of well-being resources designed to help provide support and guidance through lifes' challenges.



Our suite of value-add resources includes:

› **Employee Assistance Program**

This program offers counseling, work-life assistance, and crisis intervention services to your employees and their household family members.

Reasons employees might use these services:

- › Balancing demands of work and family
- › Experiencing stress, anxiety, or depression
- › Dealing with grief and loss
- › Assistance with child or elder care concerns
- › Concerns about substance abuse for the employee or a family member

All calls are answered by a Master's or PhD-level counselor who will collect some general information and discuss the employee's needs. Employees and their dependents living within the same household have access to a maximum of three sessions, per issue, per year.

› **GuidanceResources®**

This [online resource](#) offers education, tools, and other features on topics such as health and wellness, law and regulations, family and relationships, work and education, money and investments, consumer and leisure and home and auto. Includes articles, podcasts, videos, on-demand trainings, and "Ask the Expert", which provides personal responses to employee questions.

› **Critical Incident Services**

Our team of experts responds to critical incidents anywhere in the world, providing guidance and in-person counseling to help employees effectively deal with crises and assisting them with returning to normalcy more quickly.

Critical incident services are designed to help your organization effectively handle a traumatic incident anywhere around the globe, 24 hours a day.

These services feature:

- › Custom plans and preparation for emergencies
- › Immediate response with 24/7 worldwide access to critical incident specialists
- › On-site counseling sessions both for groups and individuals
- › Post-event reporting and consultation

See additional information on next page ›



GROUP BENEFIT SOLUTIONS



› **Wellbeing Coaching** This coaching program can help your employees find the balance needed to overcome challenges and physical issues which can often combine and can become overwhelming.

A certified coach will work one on one with the individual to reduce personal roadblocks and risks. They can help address health and well-being issues holistically, before they evolve into long-term, costly problems. The services include five sessions per year, are conducted by phone or virtually, and cover a variety of issues, including:

- › Burnout
- › Balancing competing needs
- › Developing self-compassion
- › Goal setting
- › Building resiliency
- › Time management
- › Coping with stress
- › Finding motivation
- › Improving sleep and more

› **Family Source** Program specialists provide family care services, qualified referrals, and resources for just about anything on a to-do list. Customized research tailored educational materials, and pre-screened referrals for childcare, adoption, elder care, education, pet care, and personal convenience services are available.



Learn more about our value-add offerings.

To learn more about our value-add offerings, contact your New York Life Group Benefit Solutions representative.

1. These programs are NOT insurance and do not provide reimbursement for financial losses. Some restrictions may apply. These services are provided exclusively by ComPsych® Corporation effective 1/1/2023. Customers are required to pay the entire discounted charge for any discounted products or services available through these programs. Some services are available at the option of the employer for an additional cost. Programs are provided through third party vendors who are solely responsible for their products and services. Full terms, conditions and exclusions are contained in the applicable client program description and are subject to change. Program availability may vary by plan type and location and are not available where prohibited by law. These programs are not available under policies issued by New York Life Group Insurance Company of NY. The partnership is between New York Life Insurance Company and ComPsych® Corporation. ComPsych® is not affiliated with New York Life Insurance Company or any of its affiliates.

All programs are effective to the member/participant on the first day of coverage.
New York Life Group Benefit Solutions products and services are provided by Life Insurance Company of North America and New York Life Group Insurance Company of NY. Life Insurance Company of North America is not authorized in New York and does not conduct business in NY.

New York Life Insurance Company
51 Madison Avenue
New York, NY 10010

© 2022, New York Life Insurance Company. All rights reserved. NEW YORK LIFE and the NEW YORK LIFE Box Logo are trademarks of New York Life Insurance Company.

SMRU 1953926 Exp. Date 9.30.2024



Enriched value-add offerings. Support for whatever life brings.

Today's employees are often stretched between doing more at work and balancing life's responsibilities, such as taking care of their families and loved ones. That's why New York Life Group Benefit Solutions (NYL GBS) offers a suite of value-add resources designed to help support your employees' financial strategies, well-being, and protection.



Our suite of value-add resources includes:

› Employee Assistance & Wellness Support¹

We know that access to mental health resources is key. Our program offers three face-to-face counseling sessions with certified clinicians as well as up to five telehealth resiliency coaching sessions from a certified counselor. Our program also offers Critical Incidence support for your employees. Additional resources include wellness articles, podcasts, videos, and much more. All services are available 24 hours a day, seven days a week.

› Financial, Legal & Estate Support¹

Stressful financial challenges can affect emotional well-being and workplace productivity. We offer professional services that include unlimited financial support on a broad range of issues like debt management, family budgeting, estate planning, law and tax consultations, and much more. Assistance also includes identity-theft support with legal specialists and as well as fraud-resolution services, interactive online tools, calculators, and in-depth financial assistance.

› Health Advocate²

Navigating health information and health care plans can be overwhelming. That's why we provide trained health care advocates to help your employees navigate their health care plans and address their questions and concerns. Our services help employees resolve claims and billing issues, understand the appeals process, and simplify complicated administrative issues.

› Secure Travel³

You and your employees can take trips with greater peace of mind with covered medical evacuations, repatriation, and lost fees due to travel changes or emergencies. Family and friends are also protected through our travel companion benefits. Services also include pre-trip planning and 24/7/365 support when on the road more than 100 miles away.

› Survivor Assurance⁴

Losing a loved one is difficult. That's why our Survivor Assurance service can help ease the burden on beneficiaries by managing their insurance benefits in free, interest-bearing accounts for claim payments of \$5,000 or more and beneficiary access to our Employee Assistance & Wellness and Financial, Legal & Estate support programs.



Learn more about our value-add offerings.

Your Account Executive or Account team is available to discuss ways we can help deliver financial security and peace of mind for you and for your employees.





1. These programs are NOT insurance and do not provide reimbursement for financial losses. Some restrictions may apply. These services are provided exclusively by ComPsych® Corporation. Customers are required to pay the entire discounted charge for any discounted products or services available through these programs. Some service available at the option of employer for an additional cost. Programs are provided through third party vendors who are solely responsible for their products and services. Full terms, conditions and exclusions are contained in the applicable client program description and are subject to change. Program availability may vary by plan type and location and are not available where prohibited by law. These programs are not available under policies issued by New York Life Group Insurance Company of NY.
2. Health Advocacy services are NOT insurance and this program does not provide reimbursement for financial losses. Health Advocacy services are provided under a contract with Health Advocate, Inc. which is solely responsible for its products and services. Full terms, conditions and exclusions are contained in the applicable client program description and are subject to change. Services available at the option of employer for an additional cost and not available to Health Advocate Inc. existing clients. Program availability may vary by plan type and location and is not available where prohibited by law. This program is not available under policies insured by New York Life Group Insurance Company of NY.
3. Secure Travel is provided under a contract with Generali Global Assistance (GGA). Neither GGA nor New York Life Group Benefit Solutions guarantees the quality of any medical services provider or medical facility. The final selection of a local medical provider or facility is the covered person's right and responsibility. The medical professionals or attorneys suggested or designated by GGA are solely responsible for their services. They are not employees or agents of GGA or New York Life Group Benefit Solutions. Emergency evacuation and repatriation benefits are insured by Life Insurance Company of North America and New York Life Group Insurance Company of NY, subsidiaries of New York Life Insurance Company. Policy Forms: GA-00-1000 et al.; BA-01-1000 et al. Medical evacuation and repatriation services must be arranged by GGA and customers must call GGA to access the benefits and services of the program. All other services are provided by GGA and are subject to the terms of the service agreement with GGA. Presented here are highlights of the NYL GBS Secure Travel program. See the plan documents for details.
4. The Survivor Assurance Program for beneficiaries is available to beneficiaries receiving coverage checks over \$5,000 from New York Life Group Benefit Solutions Life and Accidental Death and Dismemberment programs. Survivor Assurance accounts are not deposit account programs and are not insured by the Federal Deposit Insurance Corporation or any other federal agency. Account balances are the liability of the insurance company and the insurance company reserves the right to reduce account balances for any payment made in error. Counseling, legal, or financial assistance and discount programs are not available for policies issued by New York Life Group Insurance Company of NY.

New York Life Group Benefit Solutions products and services are provided by Life Insurance Company of North America and New York Life Group Insurance Company of NY, subsidiaries of New York Life Insurance Company. Life Insurance Company of North America is not authorized in New York and does not conduct business in NY.

New York Life Insurance Company

51 Madison Avenue
New York, NY 10010

© 2022, New York Life Insurance Company. All rights reserved. NEW YORK LIFE, and the NEW YORK LIFE Box Logo are trademarks of New York Life Insurance Company.

SMRU 1947574 Exp. Date 08.08.2024



Accidentes

Lincoln Financial Group

- Nuevo Plan!

El plan de accidentes del Lincoln Financial Group puede ayudarte a ti y a tu familia a gestionar el impacto financiero de una lesión. El plan de accidentes colectivo puede ayudar a reducir los gastos de bolsillo asociados a un accidente.

Puede optar a recibir el pago del tratamiento inicial de una lesión accidental cubierta.

Además, puede recibir una indemnización por:

- Visitas de Seguimiento
- Admisión al Hospital
- Estadia en el Hospital
- Intervenciones Quirúrgicas
- Dislocaciones
- Fracturas

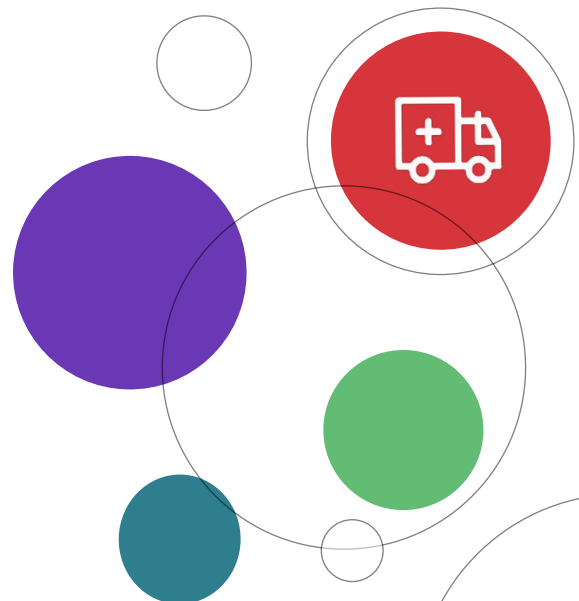
Principales Aspectos de Cobertura

- Las primas siguen siendo las mismas para los trabajadores de todas las edades.
- No se exigen preguntas médicas ni pruebas de buena salud (prueba de asegurabilidad) para que los empleados reciban cobertura.
- Pagos en efectivo pagados directamente al asegurado, además de cualquier prestación médica recibida.
- Los empleados pueden mantener la cobertura si dejan la empresa.
- Portabilidad para el cónyuge y los hijos del trabajador fallecido.
- Proporciona protección adicional: existen prestaciones para ayudar a proteger a los menores de 18 años que sufren un accidente durante una actividad deportiva organizada.
- La póliza paga múltiples prestaciones en efectivo por cada lesión y tratamiento cubierto cuando un asegurado sufre más de una lesión en el mismo accidente.

Resumen del Plan de Accidentes	Plan Bajo	Plan Alto
Beneficio de Salud	\$50 anuales	
Coma	\$7,500	\$7,500
Fracturas - (cerradas/abiertas)	Hasta \$3,250/\$6,500	Hasta \$4,000/\$8,000
Dislocaciones	Hasta \$3,000	Hasta \$4,000
Admisión al Hospital	\$1,000	\$1,500
Estadia en el Hospital	\$200 por día hasta 365 días	\$300 por día hasta 365 días
Admisión a Cuidados Intensivos	\$1,000	\$1,500
Sala de Emergencias	\$150	\$200
Ambulancia	\$1,750 aérea/\$425 terrestre	\$1,750 aérea/\$425 terrestre
Quemaduras	Hasta \$15,000	Hasta \$15,000
Lesiones	Hasta \$1,500	Hasta \$1,500
Conmoción cerebral	\$300	\$300

	Tarifas Mensuales (12) del Plan Bajo	Tarifas Mensuales (12) del Plan Alto
Empleado	\$11.91	\$13.96
Empleado + Conyuge	\$20.04	\$23.43
Empleado + Hijo(s)	\$22.15	\$25.68
Familia	\$30.06	\$34.91

Para más información, hable con un agente de beneficios.





Enfermedades Críticas

- Lincoln Financial Group - *Nuevo Plan!*

El seguro médico por sí solo no puede evitar que un diagnóstico importante acabe con sus finanzas. Los copagos inesperados, los deducibles y los gastos de tratamientos alternativos pueden acumularse rápidamente. El seguro de enfermedad crítica le ofrece a usted y a su familia una opción accesible para aliviar la carga financiera que puede suponer una enfermedad grave.

Resumen de Enfermedades Críticas	Beneficios
Nivel de Cobertura*	
Empleado	\$10,000, \$20,000, or \$30,000
Cónyuge	\$5,000, \$10,000, or \$15,000 sin exceder 50% del monto del beneficio de empleado.
Hijo(s)	50% del monto del beneficio de empleado.
Emisión Garantizada	
Empleado	\$30,000
Cónyuge	\$15,000
Beneficio de Bienestar	\$50 per year
Enfermedades Críticas Cubiertas	
Cáncer Infarto al Corazón Insuficiencia Orgánica Grave Insuficiencia Renal Terminal Cáncer Invasivo Coronary Artery Bypass Surgery Ataque Cerebral Coma Paralysis	100%
Tuberculosis Infección invasiva por SARM Tétanos Rabia	25%

* Se puede elegir el nivel de cobertura tanto para los empleados como para los cónyuges.

Para obtener una lista completa de las enfermedades cubiertas, consulte el resumen de su plan de beneficios.

Cobertura de Enfermedades Críticas

- No es necesario preguntas médicas (prueba de asegurabilidad) para recibir cobertura, hasta el límite de emisión garantizada, cuando la inscripción se produce durante el periodo de elegibilidad o como consecuencia de un cambio en la situación familiar.
- Pago en efectivo directamente al asegurado, tras el diagnóstico.
- Los empleados pueden mantener la cobertura si dejan la empresa.
- Portabilidad para el cónyuge y los hijos del trabajador fallecido
- Ocho enfermedades cubiertas adicionales incluidas si se elige la cobertura infantil.
- Ayudar a los empleados a mantenerse sanos, incluso si los empleados nunca están gravemente enfermos, pueden beneficiarse del examen médico anual para revisiones de bienestar.
- El plan paga múltiples indemnizaciones en efectivo cuando un asegurado padece más de una enfermedad.
- No beneficio máximo de por vida (excepto cáncer de piel).



Indemnización Hospitalaria - Lincoln Financial Group

El plan de indemnización hospitalaria de Lincoln Financial Group puede complementar su seguro médico para ayudarle a pagar los costos asociados a una estancia hospitalaria. También puede proporcionar fondos que pueden ser utilizados para ayudar a pagar los gastos de bolsillo que su plan médico puede no cubrir, tales como coaseguros, copagos y deducibles.

Este plan también le permite continuar con la cobertura en caso de que finalice su empleo o cuando la póliza se finalice y no sea sustituida.

Indemnización Hospitalaria Básica Resumen de Beneficios	Plan 1	Plan 2
Ingreso al Hospital	\$1,500 al día durante dos días por año calendario	\$3,000 al día durante dos días por año calendario
Ingreso a Cuidados Intensivos	\$1,500 al día durante dos días por año calendario	\$3,000 al día durante dos días por año calendario
Estancia en el Hospital	\$100 al día durante dos días por año calendario	\$200 al día durante dos días por año calendario
Estancia en Cuidados Intensivos	\$200 al día durante dos días por año calendario	\$400 al día durante dos días por año calendario
Complicaciones del Embarazo	Incluido por año calendario	Incluido por año calendario

Atención: si en un mismo día se pagan el ingreso hospitalario y cuidados intensivos o el internamiento hospitalario y en cuidados intensivos, sólo se pagará la cantidad mayor de los dos beneficios. Si el importe de las prestaciones es el mismo, sólo se abonará una.

Beneficios Adicionales de Confinamientos	Plan 1	Plan 2
Centro de Rehabilitación	\$50 al día durante 30 días por año calendario	\$100 al día durante 30 días por año calendario
Tratamiento del Abuso de Sustancias	\$100 al día durante 30 días por año calendario	\$200 al día durante 30 días por año calendario
Tratamiento del Trastorno Mental	\$100 al día durante 30 días por año calendario	\$200 al día durante 30 días por año calendario
Cuidados del Recién Nacido	\$500 al día durante dos días por parto por año calendario	\$500 al día durante dos días por parto por año calendario

Tarifas Mensuales (12) Plan 1

Empleado	\$18.44
Empleado + Cónyuge	\$38.91
Empleado + Hijo(s)	\$28.40
Familia	\$45.47

Tarifas Mensuales (12) Plan 2

Empleado	\$36.89
Empleado + Cónyuge	\$77.83
Empleado + Hijo(s)	\$56.79
Familia	\$90.94

Para más información, hable con un Agente de Beneficios.





Seguro de Indemnización por Cáncer

- American Public Life

El seguro de cáncer le ofrece a usted y a su familia una protección suplementaria en caso de que a usted o a un familiar cubierto sea diagnosticado con cáncer. Le paga directamente una indemnización para ayudarle a hacer frente a los gastos asociados al tratamiento del cáncer.

Resumen de Seguro de Cáncer	Opción 1 Plan Base	Opción 2 Plan Base		
Beneficios de examen del cáncer	Nivel 1	Nivel 2		
Pruebas Diagnósticas 1 prueba anual	\$50 por examen	\$50 por examen		
Pruebas diagnósticas de seguimiento 1 prueba anual	\$100 por examen	\$100 por examen		
Diagnóstico por imagen 1 prueba anual	\$500 por examen	\$500 por examen		
Beneficios del tratamiento del cáncer	Nivel 1	Nivel 4		
Radioterapia, quimioterapia o Inmunoterapia Máximo por período de 12 meses	\$10,000	\$20,000		
Terapia Hormonal Máximo de 12 tratamientos por año	\$50 por tratamiento	\$50 por tratamiento		
Beneficios Quirúrgicos	Nivel 1	Nivel 1		
Quirúrgico	\$30 Unidades Monto Máximo \$3,000 por operación	\$30 Unidades Monto Máximo \$3,000 por operación		
Anestesia	25% del monto pagado por cirugía cubierta	25% del monto pagado por cirugía cubierta		
Trasplante de Médula Ósea Máximo de por vida	\$6,000			
Trasplante de Células Madre Máximo de por vida	\$600			
Prótesis Implantación Quirúrgica: 1 dispositivo, de por vida No quirúrgico (No Capilar) 1 aparato, de por vida	\$1,000 \$100	\$1,000 \$100		
Beneficios para la Atención al Paciente	Nivel 1	Nivel 1		
Hospitalización	Hasta \$200			
Ambulatorio	\$200			
Médico a Cargo Por día de Hospitalización	\$30			
Centro de Asistencia Prolongada	\$100 por día, hasta el mismo número de días de Hospitalización			
Tarifas Mensuales (12) Opción 1*				
Edades de Emisión	Individual	Individual & Cónyuge	1 Padre Familiar	2 Padre Familiar
18+	\$20.64	\$43.80	\$26.70	\$49.80
Tarifas Mensuales (12) Opción 2*				
Edades de Emisión	Individual	Individual & Cónyuge	1 Padre Familiar	2 Padre Familiar
18+	\$26.90	\$56.62	\$34.14	\$63.86

*La prima total incluye el plan seleccionado y la prima adicional aplicable.

Limitaciones y Exclusiones

No se pagarán beneficios por ninguno de los siguientes conceptos:

- Atención o tratamiento recibido fuera de los límites territoriales de Estados Unidos tratamiento por cualquier programa dedicado a la investigación que no se ajuste a la definición de Tratamiento Experimental.
- Pérdidas o gastos médicos incurridos antes de la Fecha Efectiva de la Persona Cubierta, independientemente de cuándo se diagnosticó el Cáncer.

Para más Información, Hable con un Agente de Beneficios.



Seguro de Vida Permanente Chubb

- Vida Pemanente - Nueva Compañía!

Chubb LifeTime Benefit Term (LBT) fue desarrollado para que las empresas defiendan el seguro de vida para sus empleados. El innovador diseño de LBT proporciona garantías de por vida a una fracción del costo. Y la flexibilidad permite a los empleados personalizar los beneficios para LTC y duplicar la cantidad del beneficio..

Edad de Emisión de la Beneficio			
Resument de Vida Permanente	Empleado	Cónyuge	Hijo(s)
Duración de Beneficio de Por Vida	19-79	19-70	No Disponible
Cláusula Adicional de Indemnizacion por Facallemiento Acel Tras dos años de cobertura, el trabajador puede percibir inmediatamente el 50% de la indemnización por defunción, hasta \$100,000, si se le diagnostica una enfermedad terminal	19-79	19-70	No Disponible
Pago Acelerado de Beneficios de Defunción por Cuidados a Largo Plazo Cuando los empleados necesitan asistencia médica a largo plazo, las prestaciones por defunción pueden pagarse anticipadamente para asistencia domiciliaria, vida asistida, asistencia diurna para adultos y asistencia en residencias de ancianos. Los pagos anticipados equivalen al 4% de la prestación por defunción al mes durante un máximo de 25 meses. No se pagan primas durante el periodo de percepción de esta prestación.	19-79	19-70	No Disponible
Extensión de Beneficios (EOBI) Una vez que se ha pagado por adelantado la totalidad de beneficio por fallecimiento para LTC, se pueden prorrogar los pagos. La prórroga de la indemnización puede ampliar la misma prestación mensual de LTC hasta 25 meses más, duplicando su valor.	19-70	19-70	No Disponible
Restauración de Beneficio por Fallecimiento(50%) Acelerar la cobertura de vida para los beneficios LTC puede reducir la indemnización por fallecimiento a \$0. TEsta cláusula adicional restablece la cobertura de vida al 50% de la indemnización por fallecimiento, hasta un máximo de \$50,000 en los que se basaron los beneficios LTC, asegurando así una indemnización por fallecimiento disponible hasta la edad de 121 años del asegurado.	19-79	19-70	No Disponible
Beneficios Opcionales para Empleados			
Cobertura para Hijos Beneficios por Fallecimiento disponibles hasta \$25,000. Conversión garantizada a cobertura individual a los 26 años– hasta 5 veces el monto del beneficio.	Base Asegurado 19-70	Base Asegurado 19-70	de 15 días a 25 años

Elegibilidad Inicial

Asegurado: Empleado activo que trabaja al menos 30 horas semanales. Edades entre 19 y 79 años.

Periodo de espera para elegibilidad de beneficios: Puede coincidir con el periodo de espera de la empresa para tener derecho a los beneficios.

Cónyuge: Incluye cónyuge legalmente casado, pareja domestica y pareja de unión civil. Edades de 19 a 79 años.

Niños: De 15 días a 25 años.

Resumen de Vida Permanente		
Cobertura para Empleados	Edad de Emisión	Monto Máximo de Beneficios
Emisión Garantizada	19 a 70	\$100,000
Emisión Condicional Garantizada	19 a 70	\$150,000
Emisión Simplificada	19 a 70	\$225,000
Emisión Simplificada	19 a 79	\$50,000
Cobertura del Cónyuge	Edad de Emisión	Monto Máximo de Beneficios
Emisión Condicional Garantizada	19 a 70	\$75,000
Emisión Simplificada	19 a 70	\$112,500
Cobertura del Cónyuge	Edad de Emisión	Monto Máximo de Beneficios
Cobertura para Hijos	de 15 días a 25 años	\$25,000



Protección de Robo de Identidad

- Allstate - Nueva Compañía!

El sector de la educación sigue siendo blanco de ciberdelincuentes que buscan robar datos personales de empleados, estudiantes y profesores. Y el ciberespionaje también sigue siendo una preocupación para las instituciones que se dedican a la investigación de vanguardia.

Sabemos que comprende el valor de proteger la información personal en medio de incidentes de seguridad como estos. Nosotros también. Y al igual que usted, nos dedicamos a innovar continuamente nuestra protección para hacer frente a las amenazas actuales en constante evolución.

Nuestros centros de datos de última generación están acreditados SSAE 18 SOC1 y SOC2 Tipo 2, con control de acceso 24/7 y medidas de vigilancia como cámaras CCTV. Sólo empleados seleccionados y formados pueden acceder a información personal identificable a través de nuestras conexiones seguras y cifradas. Además de adherirnos al desarrollo de aplicaciones seguras (OWASP), comprobamos continuamente nuestros sistemas internos en busca de vulnerabilidades y llevamos a cabo exhaustivas revisiones manuales del código para descubrir amenazas emergentes.

Resumen de Protección al robo de identidad	Pro+	Pro+Cyber
Protección familiar	Cubierto	Cubierto
Herramientas de seguridad digital familiar - Control parental	No cubierto	Cubierto
Protección cibernética	No cubierto	Cubierto
Privacidad y supervisión de datos	Cubierto	Cubierto
Vigilancia financiera e identidad	Cubierto	Cubierto
Crédito	Cubierto	Cubierto
Restauración	Cubierto	Cubierto
Protección financiera	Cubierto	Cubierto
Protección financiera - Reembolso de gastos personales por ransomware*	No cubierto	Cubierto

*El nivel de supervisión automática depende del método de inscripción y de la información compartida con Allstate Identity Protection.

	Tarifas Mensuales (12) de Robo de Identidad	
	Pro+	Pro+ Cyber
Empleado(Incluye 1 hijo(a) < 18)	\$7.95	\$9.95
Empleado + Familia	\$13.95	\$17.95



Allstate

IDENTITY PROTECTION

the journey to better identity protection starts here.

Why choose Allstate Identity Protection? We're passionate people offering a premiere product.



innovation

Proven track record of best-in-class features at affordable rates

Driven to continuously improve features, product, and technology to thwart identity theft

empowerment

Proprietary tools like Allstate Security Pro®, Identity Health Status, and Allstate Digital Footprint® give personalized alerts, updates, and information



Educational resources like Elder Fraud Center



product

Advanced monitoring to identity fraud and identity theft

Comprehensive security for up to 10 personal devices†

restoration

24/7 U.S.-based customer support with dedicated 1:1 Restoration Experts



Comprehensive financial protection* with up to \$2 million expense reimbursement‡



experience



16+ years experience and first in the benefits space

Backed by the brand consumers have trusted over 90 years

ease

Seamless integration with 190+ HR platforms

Dedicated implementation team keeps **your lift low**



security



SSAE 18 SOC1 and SOC2 Type 2 accredited data centers with 24/7 access control and surveillance by CISSP, CISA, and GIAC certified security staff

Secure application development (OWASP) including extensive manual code review

family

One of the most inclusive family plans in our industry for everyone under your roof (or under your wallet) — including senior family members



The most comprehensive family digital safety tools in benefits — powered by Bark — to help members manage and protect children's online lives

*Identity theft insurance covering expense and stolen funds reimbursement is underwritten by American Bankers Insurance Company of Florida, an Assurant company. The description herein is a summary and intended for informational purposes only and does not include all terms, conditions and exclusions of the policies described. Please refer to the actual policies for terms, conditions, and exclusions of coverage. Coverage may not be available in all jurisdictions
 †Family Plan required. Single plans offer \$1M protection.
 ‡Pro+ Cyber plan required. Certain features may require additional activation. Product may be updated or modified. Certain features require additional activation. Allstate Identity Protection is offered and serviced by InfoArmor, Inc., a subsidiary of The Allstate Corporation.



Benefits

Virtual Behavioral Health

Counseling (Only)

Recuro's comprehensive behavioral health care offers a wide spectrum of coverage, including therapy and counseling. Recuro's Behavioral Health solution gives members virtual access to connect with a Licensed Counselor through secure and private online video and phone sessions, whenever and wherever they need it in all 50 states. Our virtual services are available whenever and wherever it is convenient for you on a digital device.

\$0 Your Copay

First 3 Visits - \$0 Consult Fee
Additional Visits - Consult Fee
\$85 paid by the Member

Example Conditions Treated

- Depression & Anxiety
- Stress Management
- Eating Disorders
- Anger Management
- Grief or Loss
- Marriage Counseling



What's Included

- Therapy & Counseling
- Health Risk Assessment
- Risk Stratification
- Primary Care Coordination



Service Highlights



Psychiatry

Psychotherapy and mental health medication management.



Therapy & Counseling

Therapy and counseling services from social workers and mental health psychologists.



Health Risk Assessment

Behavioral health-focused risk assessment including depression and anxiety.



info@recurohealth.com | +1-855-6RECURO | recurohealth.com | Scan QR Code





masa Access 

\$14/month

Stay prepared with MASA[®] AccessSM

Comprehensive coverage and care for emergency transport.

Our Emergent Plus membership plan includes:

Emergency Ground Ambulance Coverage¹

Your out-of-pocket expenses for your emergency ground transportation to a medical facility are covered with MASA.

Emergency Air Ambulance Coverage¹

Your out-of-pocket expenses for your emergency air transportation to a medical facility are covered with MASA.

Hospital to Hospital Ambulance Coverage¹

When specialized care is required but not available at the initial emergency facility, your out-of-pocket expenses for the ground or air ambulance transfer to the nearest appropriate medical facility are covered with MASA.

Repatriation Near Home Coverage¹

Should you need continued care and your care provider has approved moving you to a hospital nearer to your home, MASA coordinates and covers the expense for ambulance transportation to the approved medical facility.

Coverage territories

1: United States and Canada.

Disclaimers

This material is for informational purposes only and does not provide any coverage. The benefits listed, and the descriptions thereof, do not guarantee coverage and do not represent the full terms and conditions applicable for usage and may only be offered in some memberships or policies. Premiums, benefits, and coverage vary depending on the plan selected. For a complete list of benefits, premiums, terms, conditions, and restrictions, please refer to the applicable member services agreement or policy for your state. For additional information and disclosures about MASA plans, visit: <https://info.masamts.com/masa-mts-disclaimers>



Did you know?

51.3 million

emergency responses occur each year

MASA protects families against uncovered costs for emergency transportation and provides connections with care services.

Source: NEMSIS, National EMS Data Report, 2023

About MASA

MASA is coverage and care you can count on to protect you from the unexpected. With us, there is no “out-of-network” ambulance. Just send us the bill when it arrives and we’ll work to ensure charges are covered. Plus, we’ll be there for you beyond your initial ride, with expert coordination services on call to manage complex transport needs during or after your emergency — such as transferring you and your loved ones home safely.

Protect yourself, your family, and your family’s financial future with MASA.



How to use your MASA benefits

Transportation coordination services

Access transport services for the following benefits:

- Repatriation Near Home Coverage
- Child, Pet, and Vehicle Return Coverages
- Companion Transportation Coverage
- Hospital Visitor Transportation Coverage
- Patient Return Transportation Coverage
- Sick While Away from Home Expense Protection
- Organ Retrieval & Organ Recipient Transport Coverage
- Mortal Remains Transportation Coverage



When to access:

During or immediately following your emergency care treatment.



How to access:

Call 800-643-9023.

The MASA Transport Team is available 24/7/365 to assist you and will begin making the necessary arrangements, including working with your medical team.

Note: If you are traveling out of the U.S., please submit your dates of travel through the member portal or to travel@masaglobal.com.



View your benefits online at: masaaccess.com/member or through the MASA app.

Claims

Benefits that you submit claims for include:

- Emergency Ground Ambulance Coverage
- Hospital to Hospital Ambulance Coverage
- Emergency Air Ambulance Coverage
- Post-Admission Continued Care Transportation Coverage



When to file your claim:

When you receive the ambulance bill.

Note: Be sure to file within 180 days of the transport.



How to file your claim:

Online: masaaccess.com/member

Email: ambulanceclaims@masaglobal.com

Fax: (877) 681-2399

Mail: MASA Global / ATTN: Claims

1250 S. Pine Island Road, Suite 500

Plantation, FL 33324

Include your member number

Note: To process your claim, in addition to the invoice we may require your health insurance claim form (HICFA) and explanation of benefits (EOB), the ambulance run notes, and the ambulance provider's W9. MASA claim specialists will advise you on how to obtain these.



Check the status of your claim at: masaaccess.com/member, through the MASA app, or call (800) 643-9023.

MASA connections



Member services: (800) 643-9023



Member site: masaaccess.com/member



MASA app



This material is for informational purposes only and does not provide any coverage. Not all MASA products and services are available to residents of all states. The benefits listed, and the descriptions thereof, do not represent the full terms and conditions applicable for usage and may only be offered in some memberships or policies. For a complete list of coverage and exclusions, please refer to the applicable member services agreement or policy for your state. For information about MASA plan benefits, visit: <https://info.masamts.com/masa-mts-disclaimers>.



Términos del Seguro de Salud

Para obtener el máximo provecho de sus beneficios médicos, debe comprender los términos utilizados por las compañías de seguros, los planes de salud y los proveedores de atención médica.

- **Beneficios** - Cantidad de dinero que paga una compañía de seguros a un demandante en virtud de la póliza de seguros.
- **Reclamación** - Solicitud de un particular (o de su proveedor) para que la compañía de seguros pague los servicios obtenidos.
- **Coseguro** - Es el dinero que una persona debe pagar por los servicios, una vez pagado el deducible. Suele ser un porcentaje determinado de los gastos. Por ejemplo, el empleado paga el 20% de los gastos y el plan de salud, el 80%.
- **Copago** - Acuerdo por el que una persona paga una cantidad determinada por diversos servicios médicos y el plan de salud o la compañía de seguros paga el resto. Por lo general, el individuo debe pagar su parte cuando se prestan los servicios.
- **Deducible** - Cantidad fija en dólares que una persona debe pagar antes de que pueda comenzar la cobertura del seguro por gastos médicos. Suelen cobrarse anualmente o por año de contrato.
- **Exclusiones y Limitaciones** - Condiciones o circunstancias específicas para las que una póliza o plan de seguro no proporcionará cobertura (exclusiones), o para las que la cobertura está específicamente limitada (limitaciones).
- **Cuenta de Ahorros de Salud (HSA):** Una cuenta de ahorro individual/personal en la que un asegurado puede reservar dinero antes de impuestos para pagar artículos elegibles (consulte la publicación 502 del IRS). Debe estar cubierto por un plan de salud con deducible alto (HDHP) para poder contribuir a una HSA.
- **Cuenta de Gastos flexible (FSA):** Una cuenta de ahorro individual/personal en la que un asegurado puede reservar dinero antes de impuestos para pagar artículos elegibles (consulte la publicación 502 del IRS).
- **Plan de Salud Alto Deducible (HDHP)** - Un Plan de Salud que cumple los requisitos para ser considerado un HDHP. No hay copagos en un plan Ato Deducible HDHP. Todos los gastos médicos y de medicamentos recetados se aplican en primer lugar al deducible por año calendario y, a continuación, una vez que el afiliado haya satisfecho su deducible, se aplicará el coseguro.
- **Dentro de la Red** - Normalmente se refiere a médicos, hospitales u otros proveedores de atención médica que tienen contrato con el plan de seguro para prestar servicios a sus afiliados. La cobertura de los servicios prestados por proveedores de la red suele ser mayor que la de los servicios prestados por proveedores fuera de la red, dependiendo del plan.
- **Medicamento Necesario** - Término utilizado para describir los suministros y servicios necesarios para diagnosticar y tratar una condición médica de acuerdo con las normas de la buena práctica médica. Muchos planes de salud sólo cubren los tratamientos considerados médicamente necesarios. Por ejemplo, la mayoría de los planes no cubren la cirugía estética.
- **Fuera de la Red** - Normalmente se refiere a médicos, hospitales u otros proveedores de atención médica que no tienen contrato con el plan de seguro para prestar servicios a sus afiliados. Dependiendo del plan de seguro, es posible que los gastos ocasionados por los servicios prestados por proveedores fuera de la red no estén cubiertos o que la cobertura sea inferior a la de los proveedores de la red.
- **Máximo Desembolso** - Importe total pagado cada año por el deducible y el coseguro. Una vez alcanzado el desembolso máximo, el plan paga el 100% de los cargos permitidos por los servicios cubiertos el resto de ese año calendario.
- **Condición Preexistente** - Cualquier condición médica que haya sido diagnosticada o tratada dentro de un periodo especificado inmediatamente antes de la entrada en vigor de una póliza de seguro de enfermedad. Estas condiciones pueden no estar cubiertas durante un periodo de tiempo especificado en la nueva póliza.
- **Organizaciones de Proveedores Preferentes (PPO)** - Tipo de plan de atención médica gestionada en el que médicos y hospitales acuerdan ofrecer tarifas reducidas a los afiliados al plan. Los pacientes suelen recibir un reembolso del 80-100% por el tratamiento recibido dentro de la red, frente al 50-70% fuera de la red.
- **Médico de Atención Primaria (PCP)** - Profesional médico responsable de supervisar las necesidades médicas generales de una persona. Normalmente, el médico de atención primaria actúa como guardián de la atención de una persona, derivándola a especialistas e ingresándola en hospitales cuando es necesario.





Preguntas frecuentes Sobre sus Beneficios de Salud

Si tiene alguna pregunta sobre estos aviso, póngase en contacto con Recursos Humanos en 409-722-4244 ext. 1725

General

Si ya estoy inscrito y no voy a hacer ningún cambio, ¿tengo que completar el proceso de inscripción abierta?

Sí. Es importante que revise cualquier cambio de tarifa o de plan que se produzca en su plan actual.

Si deseo rechazar la cobertura, ¿debo realizar el proceso de inscripción abierta?

Sí. Es importante que Recursos Humanos tenga constancia de su decisión. Tenga en cuenta que si rechaza la cobertura, no podrá elegirla durante el año a menos que se produzca un evento de vida, como matrimonio, divorcio, nacimiento o adopción de un hijo, o pérdida de otra cobertura.

¿Puedo inscribir a mi cónyuge o un dependiente en un plan y a mí en otro?

No. Todos los dependientes cubiertos, incluido el cónyuge, deben estar inscritos en el mismo plan que el trabajador.

¿Puedo darme de baja o cambiar de plan durante el año del plan??

Sólo se pueden hacer cambios si se ha producido un evento de vida que cumpla los requisitos o un cambio en la vida personal. Por ejemplo, matrimonio, divorcio, nacimiento de un hijo o cambio de situación laboral.

¿Qué diferencia hay entre un año de calendario y un año de contrato?

Un plan por año calendario va del 1 de Enero al 31 de Diciembre. El deducible, el gasto máximo de bolsillo, etc. se reajustarán cada 1 de Enero. Todos los planes individuales y familiares tienen un año calendario. Un plan por año contractual (también llamado año de beneficios) abarca cualquier periodo de 12 meses dentro del año. Los elementos como el deducible, el gasto máximo de bolsillo, etc. se restablecerán en la fecha de renovación del plan. Por ejemplo, la compañía ABC renueva el 1 de Julio de cada año. El deducible comienza el 1 de Julio y termina el 30 de



Junio. El deducible se reajustaría cada 1 de Julio para los afiliados a la compañía ABC.

¿Qué ocurre si contrato un seguro pero más adelante en el año me doy cuenta de que no puedo pagar las cuotas?

Si el motivo de su cambio de situación de cobertura se debe a un evento de vida, como la pérdida de un empleo, el fallecimiento de un cónyuge o el nacimiento de un hijo, podrá optar a una inscripción especial en los 60 días siguientes al acontecimiento. Si no se inscribe durante este periodo, no tendrá asegurado un plan de salud que le cubra ni a través del Mercado de Seguros Médicos ni en el mercado privado. Si no paga su prima, podría perder la cobertura y no podrá volver a inscribirse hasta el siguiente periodo de inscripción abierta.

Pago de Beneficios

Para los beneficios recibidos dentro de la Red, sólo deberá abonar el copago, el deducible y el coseguro. Su proveedor presentará la reclamación.

Médico

¿Debo informar a mi farmacia y a mi médico de mi plan de beneficios con BlueCross BlueShield of Texas?

Sí. En su próxima visita a la farmacia o al médico, simplemente presente su tarjeta de identificación de BCBSTX. Esto permitirá que el proveedor facture correctamente a BCBSTX los servicios que ha recibido. Es importante que informe a su médico del requisito de utilizar un centro de BCBSTX como participante del plan médico



Nuevas Opciones de Cobertura en el Mercado de Seguros Médicos y su Cobertura Médica

Form Approved
OMB No. 1210-0149
(expires 12-31-2026)

PARTE A: Información General

Aunque se le ofrezca cobertura de salud a través de su empleo, es posible que tenga otras opciones de cobertura a través del Mercado de Seguros de Salud ("Mercado"). Para ayudarle a evaluar las opciones para usted y su familia, este aviso proporciona información básica sobre el Mercado de Seguros Médicos y la cobertura médica ofrecida a través de su empleo.

¿Qué es el mercado de Seguros Médicos?

El Mercado está diseñado para ayudarle a encontrar un seguro médico que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El Mercado ofrece una "ventanilla única" para encontrar y comparar opciones de seguros médicos privados en su zona geográfica.

¿Puedo Ahorrar Dinero en las Primas del Seguro Médico que ofrece el Mercado?

Puede optar a ahorrar dinero y reducir la prima mensual y otros gastos de su bolsillo, pero sólo si su empresa no le ofrece cobertura, u ofrece una cobertura que no se considera asequible para usted y no cumple determinadas normas de valor mínimo (que se explican más adelante). El ahorro al que puede optar depende de sus ingresos familiares. También puede optar a un crédito fiscal que reduzca sus costes.

¿La Cobertura Médica del Empleador Afecta la Elegibilidad para los Ahorros en la Prima a Través del Mercado?

Sí. Si su empresa le ofrece una cobertura de salud que se considera asequible para usted y cumple determinadas normas de valor mínimo, no podrá optar a un crédito fiscal, ni al pago por adelantado del crédito fiscal, por su cobertura en el Mercado y puede inscribirse en su plan de salud basado en el empleo. No obstante, si su empresa no le ofrece ningún tipo de cobertura o no le ofrece una cobertura que se considere asequible para usted o que cumpla las normas de valor mínimo, puede optar a una desgravación fiscal y al pago por adelantado de la desgravación que reduzca su prima mensual o a una reducción de determinados gastos compartidos. Si su parte del coste de la prima de todos los planes que se le ofrecen a través de su empleo es superior al 8.39% de sus ingresos familiares anuales, o si la cobertura a través de su empleo no cumple la norma de "valor mínimo" establecida por la Ley de Asistencia de Cuidado Asequible, puede optar a un crédito fiscal, y al pago por adelantado del crédito, si no se inscribe en la cobertura de salud basada en el empleo. Para los miembros de la familia del empleado, la cobertura se considera asequible si el coste de las primas del empleado para el plan de menor coste que cubriría a todos los miembros de la familia no supera el 9.12% de los ingresos familiares del empleado.¹²

Nota: Si adquiere un plan de salud a través del Mercado en lugar de aceptar la cobertura de salud ofrecida a través de su empleo, es posible que pierda el acceso a lo que el empleador aporte a la cobertura basada en el empleo. Además, esta contribución del empleador -así como la contribución de su empleado a la cobertura basada en el empleo- suele excluirse de los ingresos a efectos del impuesto sobre la renta federal y estatal. Sus pagos por la cobertura a través del Mercado se realizan después de impuestos. Además, tenga en cuenta que si la cobertura de salud ofrecida a través de su empleo no cumple con las normas de asequibilidad o valor mínimo, pero usted acepta esa cobertura de todos modos, no tendrá derecho a un crédito fiscal. Debe tener en cuenta todos estos factores a la hora de decidir si adquiere un plan de salud a través del Mercado.

¹ Indexado anualmente; visite <https://www.irs.gov/pub/irs-drop/rp-22-34.pdf> para 2023.

² Un plan de salud patrocinado por el empleador u otro plan basado en el empleo cumple la "norma de valor mínimo" si la parte del plan de los costes totales permitidos de los beneficios cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costes. A efectos del derecho a la bonificación fiscal por primas, para cumplir la "norma de valor mínimo", el plan de salud también debe proporcionar una cobertura sustancial tanto de los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados como de los servicios médicos.



¿Cuándo Puedo Inscribirme en el Seguro de Salud a Través del Mercado?

Puede inscribirse en un plan de seguro médico del Mercado durante el Periodo de Inscripción Abierta Anual del Mercado. La inscripción abierta varía según el estado, pero generalmente comienza el 1 de Noviembre y continúa al menos hasta el 15 de Diciembre.

Fuera del Periodo de Inscripción Abierta Anual, puede inscribirse en un seguro médico si reúne los requisitos para un Periodo de Inscripción Especial. Por lo general, puede acogerse a un Periodo de Afiliación Especial si se han producido determinados acontecimientos vitales, como casarse, tener un hijo, adoptar un niño o perder el derecho a otra cobertura de salud. Dependiendo del tipo de Periodo de Inscripción Especial que le corresponda, puede tener 60 días antes o 60 días después del acontecimiento vital para inscribirse en un plan del Mercado.

También hay un Período de Inscripción Especial en el Mercado para las personas y sus familias que pierden la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) a partir del 31 de Marzo de 2023 hasta el 31 de Julio de 2024. Desde el inicio de la emergencia de salud pública COVID-19 en todo el país, las agencias estatales de Medicaid y CHIP generalmente no han cancelado la inscripción de ningún beneficiario de Medicaid o CHIP que se haya inscrito a partir del 18 de Marzo de 2020 hasta el 31 de Marzo de 2023. A medida que las agencias estatales de Medicaid y CHIP reanuden las prácticas regulares de elegibilidad e inscripción, es posible que muchas personas ya no sean elegibles para la cobertura de Medicaid o CHIP a partir del 31 de Marzo de 2023. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. **está ofreciendo un período de inscripción especial temporal en el Mercado para permitir que estas personas se inscriban en la cobertura del Mercado.**

Las personas elegibles para el Mercado que vivan en estados atendidos por HealthCare.gov y que presenten una nueva solicitud o actualicen una solicitud existente en HealthCare.gov entre el 31 de Marzo de 2023 y el 31 de Julio de 2024, y atestigüen una fecha de terminación de cobertura de Medicaid o CHIP dentro del mismo período de tiempo, son elegibles para un Período de Inscripción Especial de 60 días. **Esto significa que si pierde la cobertura de Medicaid o CHIP entre el 31 de Marzo de 2023 y el 31 de Julio de 2024, podrá inscribirse en la cobertura del Mercado dentro de los 60 días posteriores a la fecha en que perdió la cobertura de Medicaid o CHIP.** Además, si usted o los miembros de su familia están inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP, es importante asegurarse de que su información de contacto esté actualizada para asegurarse de recibir cualquier información sobre cambios en su elegibilidad. Para obtener más información, visite HealthCare.gov o llame al centro de llamadas del mercado al 1-800-318-2596. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-889-4325.

¿Qué ocurre con las Alternativas a la Cobertura del Seguro Médico del Mercado?

Si usted o su familia reúnen los requisitos para obtener cobertura en un plan de salud basado en el empleo (como un plan de salud patrocinado por el empleador), usted o su familia también pueden ser elegibles para un Período de Inscripción Especial para inscribirse en ese plan de salud en ciertas circunstancias, incluso si usted o sus dependientes estaban inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP y perdieron esa cobertura. Por lo general, tiene 60 días después de la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP para inscribirse en un plan de salud basado en el empleo, pero si usted y su familia perdieron la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o CHIP entre el 31 de Marzo de 2023 y el 10 de Julio de 2023, puede solicitar esta inscripción especial en el plan de salud basado en el empleo hasta el 8 de Septiembre de 2023. Confirme la fecha límite con su empleador o su plan de salud basado en el empleo.

Alternativamente, usted puede inscribirse en la cobertura de Medicaid o CHIP en cualquier momento llenando una solicitud a través del Mercado o solicitando directamente a través de su agencia estatal de Medicaid. Visite <https://www.healthcare.gov/medicaid-chip/getting-medicaid-chip/> para más detalles.

¿Cómo Puedo Obtener Más Información?

Para obtener más información sobre la cobertura que le ofrece su empleo, consulte el resumen de la descripción de su plan de salud o póngase en contacto con

Becky Romero

bromero@pngisd.net

El Mercado puede ayudarle a evaluar sus opciones de cobertura, incluida su elegibilidad para la cobertura a través del Mercado y su coste. Visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) para obtener más información, incluida una solicitud en línea de cobertura de seguro médico e información de contacto del Mercado de Seguros Médicos de su zona.



PARTE B: Información Sobre la Cobertura de Salud Ofrecida por su Empresa

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

3. Nombre del empleador Port Neches-Groves ISD		4. Número de identificación del empleador (EIN, por sus siglas en inglés) 74-6001932	
5. Dirección del empleador 776 Magnolia		6. Número de teléfono del empleador (409) 722-4244 ext.1725	
7. Ciudad Port Neches	8. Estado TX	9. Código postal 77651	
10. ¿Con quién podemos comunicarnos en relación con la cobertura médica del empleado en este empleo? Becky Romero			
11. Número de teléfono (si difiere del que figura arriba)		12. Dirección de correo electrónico bromero@pngisd.net	

A continuación le ofrecemos información básica sobre la cobertura de salud ofrecida por esta empresa:

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

Todos los empleados. Los empleados elegibles son:

Algunos empleados. Los empleados elegibles son:

Empleados en activo que son:
Empleados a tiempo completo que trabajen un mínimo de 17.5 horas semanales.
Empleados a tiempo parcial que trabajen un mínimo de 10 horas semanales.

- Con respecto a los dependientes:

Ofrecemos cobertura. Los dependientes elegibles son:

Parejas domesticas, parejas del mismo sexo casadas legalmente, parejas domesticas (incluidos sus hijos) y nietos con custodia.

No ofrecemos cobertura.

Si está marcada, esta cobertura cumple la norma de valor mínimo y se pretende que el coste de esta cobertura para usted sea asequible, en función de los salarios de los empleados.

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

Si decide buscar cobertura en el Mercado, [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) le guiará a lo largo del proceso. Esta es la información que deberá introducir cuando visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) para averiguar si puede obtener un crédito fiscal para reducir sus primas mensuales.



Contactos Importantes

Para cualquier pregunta o duda que pueda tener en relación con sus Beneficios para Empleados 2024-2025, puede ponerse en contacto con las siguientes personas:

Beneficios / Compañía	Poliza/Grupo #	Teléfono	Web/Correo Electronico
Médico Medicamentos Recetados BlueCross BlueShield of Texas ActiveCarePrimary ActiveCarePrimaryPlus ActiveCare 2 ActiveCare HD	385003 385001 385002 385000	(866) 355-5999 (844) 367-6108	www.bcbstx.com/trsactivecare www.express-scripts.com/trsactivecare
Cuenta de Ahorros de Salud Cuenta de Gastos Flexibles NBS	N/A	(800) 274-0503	www.nbsbenefits.com
Dental Cigna	3335924	(800) 244-6224	www.cigna.com/dental-insurance-plan
Visión EyeMed	TBD	(866) 939-3633	www.eyemed.com/en-us/provider
Seguro de Vida Basico AD&D Seguro de Vida Voluntario Incapacidad a Largo Plazo EAP NY Life Group Benefits Solutions	FLX096474 OK 0966329 SLH100037	(888) 842-4462 (866) 562-8421 (Español)	www.newyorklife.com/group-benefit-solutions
Accidentes Enfermedades Críticas Indemnización Hospitalaria Lincoln Financial Group	1121636	(800) 423-2765	www.lincolnfinanciam.com/public/individuals
Seguro de Indemnización por Cáncer American Public Life	3206	(800)-256-8606	www.ampublic.com
Seguro de Vida Permanente Chubb	TBD	(866) 324-8222	www.chubb.com
Protección de Robo de Identidad Allstate	9906	(800) 789-2720	www.allstate.com
Salud Mental Virtual Recuro Health	N/A	(855) 673-2876	www.recurohealth.com
Transporte de Emergencias MASA Access	B2BPNGISD	(800) 423-3226	www.masaaccess.com/member
Recursos Humanos Becky Romero Port Neches-Groves ISD	N/A	(409) 722-4244 ext.1725	bromero@pngisd.net

Centro de Servicio de Beneficios

Centro de Servicio de Beneficios:
(800) 933-7565

Lunes - Viernes: 8:00 AM - 7:00 PM (CST)

Sabado: 9:00 AM - 3:00 PM (CST)

Antes de hablar con un Agente de Beneficios, tenga preparada la siguiente información:

- nombres de dependientes
- fechas de nacimiento
- números de la seguro social
- direcciones
- números de teléfono



2024-2025
GUÍA DE BENEFICIOS
PORT NECHES-GROVES ISD

