



# Guía de Beneficios para Empleados 2025



# TABLA DE CONTENIDO

Bienvenido.....	3
Resumen para 2025.....	4
Elegibilidad.....	5
Inscripción.....	6
Contribuciones del Distrito.....	7
Beneficios Médicos y de Medicamentos.....	8
Arreglo de Reintegro de Salud (HRA).....	10
Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA).....	11
Beneficios Dentales.....	12
Beneficios de Visión.....	13
HRA vs HSA vs FSA.....	15
Cuenta de Gastos Flexible (FSA).....	16
Beneficios de Seguro de Vida.....	17
Beneficios de Seguro de Incapacidad.....	18
Otros Beneficios Voluntarios.....	19
Recursos de VEBA.....	21
Contactos Clave.....	34
Avisos Anuales.....	35

## **Aviso Importante**

Morgan Hill Unified School District ha hecho todo lo posible por asegurarse que la información descrita en esta guía de inscripción sea precisa. Cualquier discrepancia que pudiera surgir entre este guía y los contratos de seguro u otros documentos legales que rijan los planes de beneficios descritos en esta guía de inscripción será resuelta conforme a los contratos de seguro y los documentos legales. Morgan Hill Unified School District se reserva el derecho de modificar o discontinuar en cualquier momento los beneficios descritos en esta guía de inscripción en el futuro, como también de cambiar cómo los miembros elegibles del equipo y Morgan Hill Unified School District comparten los costos. Esta guía de inscripción no crea ningún contrato de empleo de ningún tipo ni es una garantía de empleo continuo en Morgan Hill Unified School District.

# BIENVENIDO

En Morgan Hill Unified School District (MHUSD), realmente valoramos la dedicación que le pone a su trabajo cada día. Estamos orgullosos de nuestros talentosos empleados y comprendemos que nuestro éxito se debe a usted. Es por eso que como empleado del Distrito, tiene acceso a un paquete integral de beneficios de calidad, que ofrece flexibilidad y seguridad.

Sus beneficios son un valioso agregado a su compensación global. Es importante tomarse el tiempo para revisar esta guía atentamente, comprender sus opciones y seleccionar la mejor cobertura para usted y para su familia. Asegúrese de considerar factores como los costos de los planes y qué tipo de servicios prevé que necesitará antes de realizar sus elecciones.

La Inscripción Abierta comienza el 28 de octubre y continuará abierta hasta el 8 de noviembre.

**Esta inscripción abierta es su única oportunidad <sup>1</sup> para asegurarse de tener la cobertura que desea para el nuevo año del plan, que comienza el 1 de enero de 2025 y corre hasta el 31 de diciembre de 2025.**

También debe participar activamente en la Inscripción Abierta si desea hacer algo de lo siguiente o todo:

- Inscribirse por primera vez en uno de los planes médicos, dentales o de visión
- Agregar/dar de baja dependientes
- Contribuir a una Cuenta de Gastos Flexible (FSA)
- Contribuir a una Caja de Ahorros para la Salud (HSA)
- Inscribirse por primera vez en uno de los productos de los Beneficios Voluntarios

## Presentaciones de la Inscripción Abierta

### En Persona:

Lunes 28 de octubre de 4:00 pm a 6:00 pm en el salón del Consejo en la oficina del Distrito

### Seminario virtual:

Martes 29 de octubre de 4:00 pm a 5:00 pm. El enlace para participar es:

<https://epicbrokers.zoom.us/j/88022624916?pwd=zPT1RrhHSVUH7l0fIE4rRyP1dRE3wu.1>

**Hay Computadoras Disponibles y Ayuda de Especialistas en los Beneficios en el Salón del Consejo para las siguientes fechas y horas:**

Martes 29 de octubre de 4:00 pm a 7:00 pm

Miércoles 30 de octubre de 4:00 pm a 7:00 pm

Jueves 31 de octubre de 4:00 pm a 7:00 pm

Del Lunes 4 de noviembre al 7 de noviembre de 4:00 pm a 7:00 pm

**Del viernes 1 de noviembre al 8 de noviembre - ¡Solicite un turno con nosotros! (Departamento Fiscal)**

## Para Más Información

Los resúmenes completos sobre los beneficios y los formularios para todos los planes incluidos en la guía se encuentran online en el portal de Ease.

[Haga clic aquí](#) para inscribirse.

## Si tiene Preguntas

Puede comunicarse con el Centro de Atención llamando al (800) 863-9019

<sup>1</sup>Puede cambiar su cobertura durante el año si experimenta un "Cambio de Estado Calificado", que incluye, de forma enunciativa más no limitativa, matrimonio, pareja de hecho registrada, divorcio, nacimiento o adopción de un hijo o muerte de un cónyuge o hijo. Tiene hasta 30 días desde la fecha del evento para informar al Distrito, solicitar un cambio y presentar la documentación necesaria. No hacerlo dentro del período de 30 días hará que pierda su derecho a realizar un cambio en medio del año. Deberá esperar hasta el siguiente período de inscripción abierta del Distrito para realizar cualquier cambio en la inscripción.

# RESUMEN PARA 2025

## QUÉ ESTÁ CAMBIANDO - PLAN MÉDICO

El Distrito estará uniéndose a California Schools VEBA (fideicomiso combinado) partir del 1 de enero de 2025. MHUSD continuará ofreciendo varios planes, dándole flexibilidad en la red y en el costo. Los nuevos planes VEBA reemplazarán los planes actuales de Kaiser y Aetna por planes similares Kaiser HMO y planes HMO y PPO de United Healthcare.

- **VEBA Kaiser** – Tres (3) planes HMO – uno (1) es un plan de deducibles altos al que puede contribuir a una Cuentas de Ahorros para la Salud (HSA).
- **VEBA United Healthcare (UHC)** – Dos (2) planes HMO y 1 plan PPO. Hay un (1) plan HMO con un Acuerdo de Reintegros de Salud (HRA) incorporado.
- **Hijos Dependientes que Viven Fuera del Estado** – Si tiene hijos dependientes elegibles que viven fuera del estado, VEBA los inscribirá en el plan National UHC PPO. Esta cobertura se proporciona ya sea que esté inscrito en el plan UHC HMO o UHC PPO o en ninguno. No debe pagarse ninguna prima adicional para esta cobertura. Si su hijo dependiente vive fuera del estado, asegúrese de incluir su domicilio cuando se inscriba en la cobertura. Las tarjetas de identificación y la información sobre los beneficios se enviarán directamente a su dependiente.
- **Delta Dental** – Planes DPPO Premium, High y Low y Deltacare DHMO. No puede agregar, dar de baja ni cambiar de planes dentales después de que cierra su período de Inscripción Inicial. Inscripción Abierta - para la cobertura Dental - ocurrirá en otoño de 2025 para que entre en vigencia el 1 de enero de 2026 y ocurre cada tres (3) años de ahí en adelante. Por lo tanto, no podrá realizar ningún cambio en el plan dental en la inscripción abierta para el 1 de enero de 2025. **Nota: El plan Premium únicamente está disponible durante su período de Inscripción Inicial como empleado nuevo o cuando comienza a ser un empleado elegible para recibir beneficios.**
- **Plan de Visión** – La cobertura está disponible a través de Vision Service Plan (VSP). Consulte las páginas 13 y 14 para más información.
- **Acuerdo de Reintegros de Salud (HRA)** – Disponible como parte del plan United Healthcare (UHC) Signature Value Full Journey HMO, la Health Invest HRA le da una opción de ahorros flexible para costos de salud actuales y futuros.
- **Cuentas de Ahorro para la Salud (HSA)** – Si se está inscribiendo en Planes de Salud de Deducibles Altos (HDHP) de Kaiser, tendrá la oportunidad de inscribirse en una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA). Consulte la página 11 para más información.
- **Cuentas de Gastos Flexibles (FSA)** – El nuevo límite de contribución para Salud es de \$3,300. No hay cambios en el límite para Cuidados de Dependientes. Quienes ya están inscritos y quienes se inscriben por primera vez deberán inscribirse/volver a inscribirse en la FSA para la Salud y/o para el Cuidado de Dependientes si desean cobertura para el nuevo año del plan, que es del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025. **Su elección actual no se pasa al siguiente año del plan.**
- **Cuenta de Gastos Flexible (FSA) para Propósitos Limitados** – Si contribuye a una HSA, puede elegir esta cuenta para pagar gastos de desembolso dentales y de visión elegibles. Consulte la página 14 para más información.
- **Seguro de Vida Básico** – Se lo inscribe automáticamente en este beneficio de \$10,000.
- **Beneficios de Seguro de Vida y de Incapacidad Voluntarios** – No tiene la obligación de participar en estos beneficios, pero están disponibles para complementar sus beneficios del Distrito.

**En esta guía encontrará los destacados de los beneficios. Puede encontrar más información online en el portal de Ease.**



# ELEGIBILIDAD

Los empleados de tiempo completo y tiempo parcial (que trabajan un mínimo de 20 horas por semana) y sus dependientes elegibles pueden participar en beneficios del Distrito. Dependientes elegibles incluyen su:

- Cónyuge Legal o pareja de hecho registrada en el estado de California<sup>1</sup>
- Hijo(s) de hasta 26 años - sus hijos naturales o adoptados, hijastros y cualquier otro hijo que sustente sobre quien tenga la tutela legal o a quien deba proporcionar cobertura como resultado de una orden de manutención médica infantil
- Hijo(s) de cualquier edad si incapaz de autosustentarse debido a una discapacidad mental o física

## EVIDENCIA DE ELEGIBILIDAD DE DEPENDIENTES

Si está agregando dependientes por primera vez a la cobertura de sus planes médico, dental o de visión, debe proporcionar evidencia de elegibilidad, entregando la documentación de respaldo indicada a continuación:

1. Si está agregando a un cónyuge - certificado de matrimonio
2. Si está agregando a una pareja de hecho - Certificado de Parejas de Hecho Registrada del Estado de California
3. Si está agregando a un hijo – certificado de nacimiento
4. Debe proporcionar los Números del Seguro Social del cónyuge/pareja de hecho y de todos los hijos dependientes

Los documentos pueden cargarse en el sistema de inscripción o pueden enviarse al Departamento de Servicios Fiscales. Si su dependiente comenzara a ser inelegible para la cobertura durante el año, deberá comunicarse con la Oficina de Beneficios del Distrito dentro de los 30 días. No proporcionar un aviso podrá hacer que pierda cualquier derecho de COBRA para sus dependientes. También podrán perderse las contribuciones que se toman para los dependientes que dejan de ser elegibles. Si no hace nada dentro del período de 30 días, deberá esperar hasta el siguiente período de inscripción abierta del Distrito para realizar un cambio.

## TÉRMINOS ESENCIALES

Antes de revisar sus opciones de beneficios para este año, le proporcionamos un recordatorio sobre el vocabulario clave de los seguros de llave salud que lo ayudarán a comprender mejor sus opciones:

Prima	El monto de dinero que se paga por su seguro de salud cada mes. El Distrito paga una parte de este monto y usted paga el resto.
Deducible	La cantidad de dinero que deberá pagar de su bolsillo antes de que su seguro comience a contribuir con dinero a sus costos de cuidados de salud. La excepción son los cuidados preventivos. Estos servicios están cubiertos sin cargo y no están sujetos al deducible. Los deducibles corren por año calendario (1 de enero - 31 de diciembre)
Red	Un grupo de médicos, hospitales, laboratorios y otros proveedores que contrata su aseguradora de salud para que pueda tener visitas a una tarifa prenegociada (y generalmente con descuento).
Caja de Ahorros para la Salud (HSA)	Una cuenta bancaria personal que puede utilizar para pagar gastos de cuidados de salud calificados. Solo puede contribuir con dinero a esta cuenta si está inscrito en el Plan de Salud de Deducibles Altos (HDHP) VEBA Kaiser y no está inscrito en Medicare ni en ningún otro plan que no sea HDHP que incluya una FSA.
Copago	Un monto de dinero predeterminado que paga por la visita al médico, por medicamentos y por otros servicios de salud (especificados por su plan).
Coaseguro	El porcentaje que paga por el costo de servicios de salud cubiertos. Por ejemplo, si el coaseguro de su plan es del 20%, pagaría el 20% del costo del servicio y su seguro pagaría el 80% restante.
Desembolso Máximo	El tope de sus costos de desembolso para el año calendario (1 de enero - 31 de diciembre). Una vez que haya alcanzado este monto, su plan cubrirá el 100% de sus gastos médicos calificados por el resto del año calendario.

<sup>1</sup>Debido a las regulaciones fiscales federales y estatales, los beneficios proporcionados a parejas de hecho generalmente son imponibles y por lo tanto se deducen de su pago después de la deducción de impuestos. Además, las contribuciones a las primas realizadas por el Distrito para su pareja de hecho generalmente son consideradas un ingreso imponible para usted. Comuníquese con el Departamento de Servicios Fiscales del Distrito si cree que su pareja de hecho está exenta de impuestos federales o estatales.

# INSCRIPCIÓN

## POR QUÉ ES IMPORTANTE PARTICIPAR EN LA INSCRIPCIÓN ABIERTA

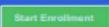
Se les solicita a todos los empleados elegibles que participen activamente en esta inscripción abierta, especialmente si desean cobertura médica o de visión para el nuevo año del plan. También es una buena oportunidad para revisar su información demográfica, sus elecciones de beneficios de salud actuales y las inscripciones de los dependientes, como también para comprender los cambios que ocurrirán en los planes de beneficios y/o los cambios en las primas.

## CÓMO PARTICIPAR / INSCRIBIRSE

Hay tres formas para comenzar con su inscripción abierta:

1. Puede inscribirse solo online. [Haga clic aquí](#) y tenga en cuenta que el usuario y la contraseña se enviaron por separado a su dirección de e-mail laboral.
  - a. Siga las instrucciones paso a paso (sitio de ejemplo a continuación)
2. Llame al Centro de Soporte para Empleados al de lunes a viernes de 8 am a 5 pm

**ease**  
Enrollment Guide at a Glance

1. You will receive an email from the Ease system advising you that it's time to log in and make your benefit elections. For optimal performance it is recommended that you use:  
Chrome  or Firefox  as your browser.
2. Click  to begin your enrollment.
3. Follow the prompts on each page to complete your benefit enrollment.  
Click  to proceed to the next section.
4. Verify your personal information is correct and enter in any of your dependent information.
5. If requested during the enrollment process, provide any emergency contacts, employment documents, Medicare status, previous/current coverage and/or health information.E
6.  your benefit by selecting  or  for each plan.  
Click  to proceed to the next benefit.
7. You will then be prompted to provide any missing data. Once you have done this, you will be able to review and sign your forms using your mouse or mobile device. 
8. Before you review your forms  
  
type your name.  
THEN  
  
and follow the prompts to finish.
9. If you have questions, reach out to the Employee Support Center at 888-972-9744.

ASEGÚRESE DE HACER CLIC EN *FINISH* EN LA PARTE SUPERIOR DE LA PÁGINA PARA ENTREGAR SU INSCRIPCIÓN

# CONTRIBUCIONES DEL DISTRITO

## CONTRIBUCIONES DEL DISTRITO - Al 1 de enero de 2025

Las contribuciones se basan en su grupo de negociación. MHUSD contribuye con un monto específico en base a las horas trabajadas. Esta contribución puede aplicarse a la cobertura médica, dental y de visión. Por favor, tenga en cuenta que si se está inscribiendo en planes dentales y/o de visión, esas primas se calculan primero con cualquier contribución restante del distrito que se aplique al plan médico.

Clasificado (MHCEA)	1/1/2025	% de Contribución
3.5 pero menos de 5 horas	\$525.00	50%
5 pero menos de 6 horas	\$656.25	62.50%
6 pero menos de 7 horas	\$787.50	75%
7 horas o más	\$1,050.00	100%

Certificado (MHFT)	Empleado	Empleado + 1	Familia
0.4 FTE	\$320.00	\$420.00	\$520.00
0.5 FTE	\$400.00	\$525.00	\$650.00
0.6 FTE	\$480.00	\$630.00	\$780.00
0.7 FTE	\$560.00	\$735.00	\$910.00
0.8 FTE	\$640.00	\$840.00	\$1,040.00
0.9 FTE	\$720.00	\$945.00	\$1,170.00
1.0 FTE	\$800.00	\$1,050.00	\$1,300.00

Admin. (MHELA)*	Empleado	Empleado + 1	Familia
0.4 FTE	\$420.00	\$500.00	\$600.00
0.5 FTE	\$525.00	\$625.00	\$750.00
0.6 FTE	\$630.00	\$750.00	\$900.00
0.7 FTE	\$735.00	\$875.00	\$1,050.00
0.8 FTE	\$840.00	\$1,000.00	\$1,200.00
0.9 FTE	\$945.00	\$1,125.00	\$1,350.00
1.0 FTE	\$1,050.00	\$1,250.00	\$1,500.00

**Nota: Monto de contribución del distrito sujeto a cambios en base a las negociaciones continuas.**

# BENEFICIOS MÉDICOS Y DE MEDICAMENTOS DEL HMO

Puede elegir entre cinco (5) planes médicos HMO; la cobertura de medicamentos está incluida como parte de la opción de plan médico que seleccione. Al elegir su plan médico, considere su presupuesto, sus preferencias, su salud y la salud de sus dependientes cubiertos. Las tarifas de las primas mensuales de cada plan se muestran arriba de los beneficios. Son las primas totales antes de que se aplique su contribución del distrito aplicable.

Por favor, tenga en cuenta que la información a continuación es solo un resumen de la cobertura. Para información más detallada sobre los beneficios, puede ver el Resumen de Beneficios completo de cada plan y el Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) que se encuentra en el portal de *Ease*.

## KAISER y UHC – Planes HMO

Beneficios	Opciones High		Opciones Middle		Opciones Low
	Kaiser Traditional HMO	UnitedHealthcare HMO Signature Value Completo \$15 / 100%	Kaiser HMO Deducible de \$500	UnitedHealthcare HMO Signature Value Journey \$25/\$40/\$2,000 con HRA	Kaiser HDHP
<b>Tarifas de las Primas Mensuales en 2025</b>				<b>HRA \$1,000/\$1,600/\$2,200</b>	
Empleado	\$860.00	\$1,368.00	\$777.00	\$1,289.00	\$541.00
Empleado + 1	\$1,697.00	\$2,736.00	\$1,534.00	\$2,578.00	\$1,061.00
Empleado + 2 o Más	\$2,391.44	\$3,557.00	\$2,161.00	\$3,351.00	\$1,493.00
Deducible en el Año Calendario <sup>1</sup> (Individual/Familiar)	Ninguno	Ninguno	\$500 / \$1,000	\$2,000 / \$4,000	\$3,200 / \$6,400
Máximo en el Año Calendario (Individual/Familiar)	\$1,500 / \$3,000	\$1,500 / \$3,000	\$3,000 / \$6,000	\$3,500 / \$7,000	\$5,250 / \$10,500
Cuidados Preventivos	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo (deducible exento)	Sin cargo (deducible exento)	Sin cargo (deducible exento)
Visita al Consultorio del Médico/Especialista	\$15	\$15	\$20 (deducible exento)	\$25 / \$40 (deducible exento)	\$30 / \$50
Internación en Sala y Alimentación Hospitalaria (semiprivada)	Sin cargo	Sin cargo	20%	20%	30%
Cirugía Ambulatoria	\$15	Sin cargo	20%	20%	30%
Radiografías y Laboratorio	Sin cargo	Sin cargo	\$10	Sin cargo (deducible exento)	\$10
Toma de Imágenes de Diagnóstico (PET, CT, MRI)	Sin cargo	Sin cargo	20% hasta un máx. de \$150	\$100 (deducible exento)	30% hasta un máx. de \$150
Sala de Emergencias	\$100 (exento si es admitido)	\$100 (exento si es admitido)	20%	20% (no se cubre si no es de emergencia)	30%
Visitas de Atención de Urgencias	\$15	\$15 (no se cubre si no es de emergencia)	\$20 (deducible exento)	\$25 (deducible exento) (no se cubre si no es de emergencia)	\$30
Cuidados Quiroprácticos	\$15 hasta 20 visitas comb. con acupuntura	\$15 ilimitado	\$15 hasta 20 visitas comb. con acupuntura	\$30 (deducible exento) visitas ilimitadas	No Cubiertos
Acupuntura	\$15 hasta 20 visitas comb. con quiropráctico	\$15 ilimitado	\$15 hasta 20 visitas comb. con quiropráctico	\$30 (deducible exento) visitas ilimitadas	\$30 (solo para tratamiento de náuseas y gestión del dolor)
Farmacia de Venta al Público (suministro de hasta 30 días) <sup>2</sup>	\$10 G / \$25 B	\$5 G/\$25 P Corto Plazo \$10 G/\$50 P Largo Plazo 50%/\$40 mín. \$175 máx. Corto Plazo 50%/\$80 mín. \$350 máx. Largo Plazo	\$10 G / \$30 B 20% hasta \$250 por medicamento SP (deducible exento)	\$10 G/\$30 P Corto Plazo \$20 G/\$60 P Largo Plazo 50%/\$40 mín. \$175 máx. Corto Plazo 50%/\$80 mín. \$350 máx. Largo Plazo	\$15 G / \$30 B 20% hasta \$250 por prescripción SP
Farmacia de Envío a Domicilio (suministro de hasta 90 días/100 días Kaiser) <sup>2</sup>	\$20 G / \$50 B	\$0 G / \$10 P / \$50/50% / \$80 mín. \$350 máx.	\$20 G / \$60 B (deducible exento)	\$0 G / \$20 P / \$60/50%/\$80 mín. \$350 máx.	\$30 G / \$60 B

<sup>1</sup> Aplica deducible a menos que se indique otra cosa

<sup>2</sup> G = Genérico, B=De Marca, P = De Preferencia, NP = No de Preferencia, SP = Especialidad

La información presentada en el cuadro es solo un resumen. La información no incluye toda la explicación detallada de los beneficios, exclusiones y limitaciones. Los participantes del plan deben consultar el documento Constancia de Cobertura (EOC) conocer los detalles de la cobertura. En el caso de que la información del evento que se encuentra en este resumen difiera de la EOC, prevalecerá la EOC.

### IMPORTANTE: ¿Se está inscribiendo en un plan UnitedHealthcare (UHC) HMO?

Antes de inscribirse en un plan UHC HMO, debe seleccionar un Médico de Atención Primaria (PCP) para usted y para sus dependientes inscritos. El PCP gestionará su atención médica. Si no selecciona un PCP, UHC seleccionará uno por usted y para sus dependientes inscritos. Puede cambiar su PCP online después de registrar su cuenta en [www.myuhc.com](http://www.myuhc.com).

Haga clic [aquí](#) para buscar el directorio de proveedores de la Red Signature Value HMO para las Opciones High y Mid

# BENEFICIOS MÉDICOS Y DE MEDICAMENTOS DEL PPO

Puede elegir un (1) plan médico PPO; la cobertura de medicamentos está incluida como parte de la opción de plan médico que seleccione. Las tarifas de las primas mensuales se muestran arriba de los beneficios. Son las primas totales antes de que se aplique su contribución del distrito aplicable.

Por favor, tenga en cuenta que la información a continuación es solo un resumen de la cobertura. Para información más detallada sobre los beneficios, puede ver el Resumen de Beneficios completo de cada plan y el Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) que se encuentra en el portal de *Ease*.

## Planes UHC – PPO

Beneficios	UnitedHealthcare UMR Select Plus PPO 80/50, \$2,000 Red Completa	
	Dentro de la Red	Fuera de la Red
<b>Tarifas de las Primas Mensuales en 2024</b>		
Empleado	\$1,645.00	
Empleado + 1	\$3,290.00	
Empleado + 2 o Más	\$4,277.00	
Deducible en el Año Calendario (Individual/Familiar)	<b>\$2,000 / \$4,000</b> <i>Aplica deducible a menos que se indique otra cosa</i>	
Máximo en el Año Calendario (Individual/Familiar)	\$5,000 / \$10,000	\$5,000 / \$10,000
Cuidados Preventivos	Sin Cargo (deducible exento)	Sin Cobertura
Visita al Consultorio del Médico/Especialista	Copago de \$30 (deducible exento)	50%
Internación en Sala y Alimentación Hospitalaria (semiprivada)	20%	50%
Cirugía Ambulatoria	20%	50%
Radiografías y Laboratorio	Sin Cargo (deducible exento)	50%
Toma de Imágenes de Diagnóstico (PET, CT, MRI)	20%	50%
Copago de Sala de Emergencias (exento si es admitido)	\$100 (deducible exento)	
Visitas de Atención Urgente (no se cubre si no es de emergencia)	Copago de \$50 (deducible exento)	50%
Cuidados Quiroprácticos	Copago de \$30 (deducible exento)	50%
	Visitas Ilimitadas	
Acupuntura	Copago de \$30 (deducible exento)	50%
	Visitas Ilimitadas	
Farmacia de Venta al Público (suministro de hasta 30 días) <sup>1</sup>	\$10/\$30 Corto Plazo \$20/\$60 Largo Plazo 50%/\$40 mín. \$175 máx. Corto Plazo 50%/\$80 mín. \$350 máx. Largo Plazo (deducible exento)	Venta al público: presentando un reclamo impreso, se le reintegrará al miembro el cargo de la red, menos el valor del copago del miembro
Farmacia de Envío a Domicilio (hasta un suministro de 90 días) <sup>1</sup>	\$0/\$20/\$60/50%/\$80 mín./\$350 máx. (deducible exento)	No cubierto

La información presentada en el cuadro es solo un resumen. La información no incluye toda la explicación detallada de los beneficios, exclusiones y limitaciones. Los participantes del plan deben consultar el documento Constancia de Cobertura (EOC) conocer los detalles de la cobertura. En el caso de que la información del evento que se encuentra en este resumen difiera de la EOC, prevalecerá la EOC.

## Cómo Encontrar un Proveedor de la Red

Con los planes Médicos PPO, puede ver proveedores de la red y fuera de la red. Con los planes PPO, ahorrará mucho más cuando se mantenga dentro de la red. Para encontrar un médico de la red cercano, haga clic [aquí](#) para buscar proveedores en la Red UMR Select Plus PPO.

# CUENTA DE REINTEGROS DE SALUD (HRA)

Si elige inscribirse en el plan United Healthcare Signature Value Journey, tendrá acceso a una Cuenta de Reintegros de Salud (HRA) con HealthInvest HRA. La cuenta recibe fondos de VEBA en febrero de todos los años y el monto ingresado depende de la cobertura que elija. Tenga en cuenta lo siguiente: esta HRA no está disponible con los planes Kaiser ni con los planes United Healthcare Signature Value Full HMO o PPO.

## Un Tipo de Beneficio HRA Diferente

Un **Gallagher HealthInvest HRA** (acuerdo de reintegros de salud) ayuda a ponerlo en control del gasto de salud de su familia. Es una cuenta libre de impuestos fácil de usar y una forma inteligente de ahorrar para futuras facturas médicas.

- Utilice el dinero de su HRA ahora o guárdelo para más adelante (se pasa de un año a otro)
- Se queda con el dinero de su HRA incluso si cambia de trabajo o de plan médico
- Los cubre a usted, a su cónyuge y a sus dependientes
- Invierte el dinero de su HRA utilizando la alineación de fondos disponibles
- No paga impuestos a las ganancias ni FICA sobre las contribuciones ni sobre los ingresos de la inversión (si hubiera)
- Recibe el dinero de su HRA rápido, cuando lo necesita

## Cómo Ayuda

Puede usar el dinero de su HRA para reintegrar lo que pagó de su bolsillo para la salud. Hay cientos de gastos calificados. Aquí observamos algunos ejemplos comunes:

- Copagos
- Deducibles
- Medicamentos
- Facturas médicas de emergencias
- Cuidados dentales y de visión
- Ortodoncia
- Primas de seguros para jubilados
- Primas de Medicare
- Sillas de ruedas eléctricas
- Asistencias auditivas

## Cómo Funciona

Si elige un seguro de salud del nuevo Plan Journey a través de California Schools VEBA, obtiene una contribución del Gallagher HealthInvest HRA en febrero de cada año. El monto de contribución de la HRA depende de su elección de cobertura del Plan Journey, ya sea individual, para dos personas o familiar, como también de la Red que seleccione.

¡Utilizar y gestionar su Gallagher HealthInvest HRA es más fácil que nunca!

- Reclamos rápidos online y por telefonía móvil
- Aplicación móvil a mano (HRAgo®)
- ¿Tarjeta de débito gratuita
- Depósito directo
- Resumen electrónico seguro

Cuando esté listo para presentar un reclamo, acceda a [healthinvesthira.com](https://healthinvesthira.com) y haga clic en Claims o utilice HRAgo® y hágalo "desde cualquier lugar". Con HRAgo®, puede tomar imágenes rápidamente de la documentación de respaldo y presentar reclamos directamente desde su dispositivo móvil. Procesaremos sus reclamos en unos cinco a siete días hábiles.

[healthinvesthira.com](https://healthinvesthira.com) | 1-844-342-5505 | [customercare@healthinvesthira.com](mailto:customercare@healthinvesthira.com)

# CAJA DE AHORROS PARA LA SALUD (HSA)

Es elegible para abrir y realizar contribuciones a una HSA si aplica lo siguiente:

- Está cubierto por el "Plan de Salud de Deducibles Altos" (HDHP) de Kaiser que califique;
- **NO** está cubierto por otro plan médico que NO sea un HDHP que califique (incluye una FSA médica completa, ni siquiera a través de su cónyuge)
- **NO** está inscrito en las Partes A y B de Medicare<sup>1</sup>; y
- No figura como dependiente en la declaración de impuestos de otro contribuyente.

TDS Group ayuda a administrar las cuentas HSA de los empleados participantes. Si decide participar o si se está inscribiendo por primera vez, deberá elegir la HSA en el portal de Ease. Después recibirá un Kit de Bienvenida con información adicional y formularios directamente de Avidia Bank.

**TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE: Su elección de HSA no se pasa al año siguiente. Debe volver a inscribirse durante el período de Inscripción Abierta Anual si desea que continúen sus contribuciones.**

Una HSA es una cuenta bancaria que puede utilizarse para gastos de salud calificados.

- **Los fondos no vencen:** El saldo de su HSA es suyo. Si no gasta su saldo en un año, se pasa al año siguiente con la oportunidad de ir generando intereses.
- **La cuenta lo sigue a usted:** Usted es el dueño de su cuenta HSA. Piense en ella como una cuenta corriente para gastos de salud calificados. Si cambia de trabajo o se jubila<sup>1</sup>, se la lleva con usted.
- **Triples ventajas impositivas:** Una vez que abrió su HSA, contribuirá con dinero previo a la deducción de impuestos<sup>2</sup>, su dinero crecerá libre de impuestos y podrá pagar gastos de salud elegibles libres de impuestos.

Cada año, el IRS establece límites sobre el monto con el que puede contribuir a un HSA. Las contribuciones máximas de los empleados para 2025 son las siguientes:

**Cobertura para Una Persona Sola:** \$4,300

**Cobertura Familiar (dos personas o más inscritas):** \$8,550

**Mayor de 55 años:** Una contribución adicional de \$1,000

**Reglas sobre la Contribución Completa:** En general, solo puede contribuir a una HSA durante los meses en que es elegible y las reglas del IRS indican que los límites de contribución generalmente deben prorratearse por la cantidad de meses que es elegible contribuir a una HSA. Podrá ser elegible para usar la regla del último mes para realizar una contribución completa si no es elegible para una HSA para el año entero. Observe a continuación.

**Regla del Último Mes:** Bajo esta regla, si una persona es elegible el primer día del último mes del año fiscal (1 de diciembre para la mayoría de los contribuyentes), es considerada elegible para todo el año del plan. Los titulares de cuentas HSA pueden utilizar la Regla del Último Mes para realizar una contribución completa a la HSA para ese año.

¡Las HSA involucran reglas muy complejas, que incluyen limitaciones sobre la elegibilidad<sup>1,2</sup>, límites de contribución y reintegro de gastos! Podrán evaluarse penalidades de impuestos federales o estatales si no se cumplen estos requerimientos. Debería conversar con su asesor impositivo sobre sus circunstancias personales con respecto a las reglas de la HSA. Otro recurso útil es la Publicación 969 del IRS (<https://www.irs.gov/publications/p969/ar02.html>).

Si está interesado en abrir una Cuentas de Ahorros para la Salud -- y **no** será elegible para recibir Medicare durante el año calendario 2025 -- puede ver [aquí](#) una presentación educativa.

## Tarjetas de Débito

Si se inscribe en la HSA, recibe una tarjeta de débito para pagar servicios directamente de su cuenta si elige hacerlo.

<sup>1</sup>Si es elegible para Medicare, una vez que se inscribe en Medicare, no podrá contribuir a su HSA. Puede demorar su inscripción en la Parte A o en la Parte B de Medicare hasta que se jubile, que le permitirá continuar realizando contribuciones a su HSA. Si califica para la Parte A con las primas gratuitas, su cobertura será retroactiva hasta 6 meses desde que se inscribió. Debe dejar de realizar contribuciones a su HSA 6 meses antes de inscribirse en la Parte A y en la Parte B. Debe presentar un formulario de cambio a la Oficina de Beneficios del Distrito para detener sus contribuciones.

<sup>2</sup>Ciertos estados no tratan a las contribuciones o a las distribuciones de la HSA como libre de impuestos (ej. Alabama, California y Nueva Jersey). Consulte con su asesor impositivo para comprender cómo la participación en la HSA puede tener un impacto en usted y en los miembros de su familia desde una perspectiva impositiva.

# BENEFICIOS DENTALES

Los beneficios dentales se proporcionan a través de Delta Dental. Hay un plan Deltacare DHMO y tres planes DPPO: Premium, High y Low. Puede encontrar proveedores en [www.deltadentalins.com](http://www.deltadentalins.com).

DeltaCare DHMO: Puede agregar/dar de baja a la cobertura; agregar/dar de baja a dependientes durante esta inscripción abierta.

Delta Dental PPO (DPPO): No puede agregar, dar de baja ni cambiar de planes dentales PPO después de que cierra su período de Inscripción Inicial. Su siguiente oportunidad para inscribirse en cobertura Dental será durante la inscripción abierta, en otoño de 2025, para la cobertura que entrará en vigor el 1 de enero de 2026. Inscripción abierta - para la cobertura Dental -- ocurre cada tres (3) años de ahí en adelante. **Nota: El plan Premium únicamente está disponible durante su período de Inscripción Inicial como empleado nuevo o cuando comienza a ser un empleado elegible para recibir beneficios.**

## DeltaCare DHMO

Este plan es como un HMO médico en el sentido que debe seleccionar un dentista o grupo dental contratado que proporcionará todos sus cuidados dentales. Debe iniciar su atención dental a través de su dentista o grupo dental asignado o no se pagarán sus beneficios si no usa su dentista o grupo dental asignado. Puede buscar un dentista de la red visitando la red DeltaCare USA en [www.deltadentalins.com](http://www.deltadentalins.com).

## Delta Dental PPO (Plan Incentivo)

Los miembros nuevos de este plan comienzan con un beneficio del 70% en la mayoría de los servicios. Si un miembro tiene un reclamo en el año calendario, el beneficio aumenta un 10% el siguiente 1 de enero, hasta el 100%. Cada miembro dentro de una familia tiene su propio nivel de incentivo y un miembro mantendrá su nivel de beneficio si se queda en el plan PPO. Este plan le permite visitar a cualquier dentista matriculado; pero recibe ventajas, por ejemplo que el dentista presente los reclamos de reintegro y que los gastos de desembolso sean menores al elegir un dentista de la red. Puede buscar un proveedor visitando [www.deltadentalins.com](http://www.deltadentalins.com). Mientras que recibirá descuentos visitando un dentista **PPO** o **Premier**, los descuentos son mejores cuando utiliza dentistas de la red PPO.

## Delta Dental – Planes DHMO y DPPO

Características Clave	DeltaCare DHMO No. de Grupo 70870	Plan Delta Dental Premium No. de Grupo 0710206431	Plan Delta Dental High No. de Grupo 0710200649	Plan Delta Dental Low No. de Grupo 0710206429
<b>Tarifas de las Primas Mensuales en 2024</b>				
Empleado	\$25.34	\$60.87	\$55.02	\$47.39
Empleado + 1	\$41.87	\$121.73	\$110.00	\$94.78
Empleado + 2 o Más	\$61.65	\$205.79	\$185.99	\$160.24
Máximo Anual en el Año Calendario	Ninguno	\$3,200 Dentro de la Red \$3,000 Fuera de la Red	\$2,200 Dentro de la Red \$2,000 Fuera de la Red	\$1,200 Dentro de la Red \$1,000 Fuera de la Red
Deducible en el Año Calendario	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno
Diagnóstico y Preventivos (Exámenes, limpiezas y radiografías)	Aplican varios copagos	70% - 100% tres limpiezas	70% - 100% dos limpiezas	70% - 100% dos limpiezas
Servicios Básicos (Empastes, extracciones simples)	Aplican varios copagos	70% - 100%	70% - 100%	70% - 100%
Endodoncia (Tratamientos de conducto)	Aplican varios copagos	70% - 100%	70% - 100%	70% - 100%
Periodoncia (Tratamiento de encías)	Aplican varios copagos	70% - 100%	70% - 100%	70% - 100%
Servicios Complejos (Coronas, capas inlay, capas onlay y restauraciones coladas)	Aplican varios copagos	50%	50%	50%
Prostodoncia (Puentes y dentaduras)	Aplican varios copagos	50%	50%	50%
Implantes	No cubierto	50%	N/A	N/A
Ortodoncia	Aplican varios copagos	100%	100%	N/A
	adultos y niños	adultos y niños	solo niños	N/A
Máximo de Ortodoncia de Por Vida Por Persona	Adulto: \$1,800 / Hijo: \$1,600	\$3,000	\$2,000	N/A

La información presentada en el cuadro es solo un resumen. La información no incluye toda la explicación detallada de los beneficios, exclusiones y limitaciones. Los participantes del plan deben consultar el documento Constancia de Cobertura (EOC) conocer los detalles de la cobertura. En el caso de que la información del evento que se encuentra en este resumen difiera de la EOC, prevalecerá la EOC.

# BENEFICIOS DE VISIÓN

Usted y sus dependientes pueden elegir entre tres planes de visión a través de Vision Service Plan (VSP): Premium, High y Low. La diferencia principal en los planes es la frecuencia de la cobertura para lentes o lentes de contacto y armazones. Puede buscar atención médica utilizando cualquier proveedor de visión; pero recibe descuentos por buscar atención médica a través de un proveedor contratado por VSP. Para encontrar un proveedor de la red, visite [www.vsp.com](http://www.vsp.com), seleccione *FIND A DOCTOR*, *ADVANCED SEARCH* y elija **Signature Network**.

Con VSP los miembros tienen derecho a lo siguiente:

- Examen WellVision – Una vez cada 12 meses
- Materiales - Una vez cada 12 o 24 meses, dependiendo del plan elegido
- Essential Medical Eyecare – cobertura médica complementaria para condiciones relacionadas con la vista
- Descuentos en Marcas de Armazones Destacadas y pares de anteojos adicionales
- Copagos para mejoras de lentes que le permiten ahorrar un promedio de un 40%
- Descuentos en el Programa Laser VisionCare y en asistencias para la visión baja

## VSP – Opciones de Planes Plan de Visión

Tarifas de las Primas Mensuales en 2024	Premium (Plan C)		High (Plan B)		Low (Plan A)	
Empleado	\$9.42		\$6.81		\$5.71	
Empleado + 1	\$21.57		\$15.62		\$13.10	
Empleado + 2 o Más	\$38.70		\$27.99		\$23.50	
Beneficios	Copago		Copago		Copago	
Examen	\$10		\$10		\$10	
Examen de Lentes de Contacto	hasta \$60		hasta \$60		hasta \$60	
Materiales	\$0		\$0		\$0	
	Frecuencia de los Beneficios		Frecuencia de los Beneficios		Frecuencia de los Beneficios	
Examen	Una vez por año calendario		Una vez por año calendario		Una vez por año calendario	
Lentes	Una vez por año calendario		Una vez por año calendario		Una vez cada dos años calendario	
Armazones	Una vez por año calendario		Una vez cada dos años calendario		Una vez cada dos años calendario	
Lentes de Contacto (en lugar de anteojos)	Una vez por año calendario		Una vez por año calendario		Una vez cada dos años calendario	
Cobertura	Dentro de la Red		Dentro de la Red		Dentro de la Red	
Lentes Simples	Cubiertos en su totalidad	Asignación de \$50	Cubiertos en su totalidad	Asignación de \$50	Cubiertos en su totalidad	Asignación de \$50
Lentes Bifocales	Cubiertos en su totalidad	Asignación de \$75	Cubiertos en su totalidad	Asignación de \$75	Cubiertos en su totalidad	Asignación de \$75
Lentes Trifocales	Cubiertos en su totalidad	Asignación de \$100	Cubiertos en su totalidad	Asignación de \$100	Cubiertos en su totalidad	Asignación de \$100
Lentes Progresivos						
Estándar	Cubiertos en su totalidad	Asignación de \$75	Cubiertos en su totalidad	Asignación de \$75	Cubiertos en su totalidad	Asignación de \$75
Prima	Copago de \$80-\$90	Asignación de \$75	Copago de \$80-\$90	Asignación de \$75	Copago de \$80-\$90	Asignación de \$75
Personalizado	Copago de \$120-\$160	Asignación de \$75	Copago de \$120-\$160	Asignación de \$75	Copago de \$120-\$160	Asignación de \$75
Asignación para Armazones	Asignación de \$130	Asignación de \$70	Asignación de \$130	Asignación de \$70	Asignación de \$130	Asignación de \$70
Costco	\$70	N/A	\$70	N/A	\$70	N/A
Lentes de Contacto						
Clinicamente Necesarios	Cubiertos en su totalidad	Asignación de \$210	Cubiertos en su totalidad	Asignación de \$210	Cubiertos en su totalidad	Asignación de \$210
Electivos	Asignación de \$130	Asignación de \$105	Asignación de \$130	Asignación de \$105	Asignación de \$130	Asignación de \$105
Primary EyeCare	Copago de \$20	No cubierto	Copago de \$20	No cubierto	Copago de \$20	No cubierto

Mejoras de Lentes - Dentro de la Red	Premium (Plan C)			High (Plan B)			Low (Plan A)		
	Visión Simple	Multifocales	Fuera de la Red	Visión Simple	Multifocales	Fuera de la Red	Visión Simple	Multifocales	Fuera de la Red
Recubrimiento Antirreflejos	\$37.00	\$37.00	No cubierto	\$37.00	\$37.00	No cubierto	\$37.00	\$37.00	No cubierto
Polícarbonato - Adultos	\$23.00	\$28.00	No cubierto	\$23.00	\$28.00	No cubierto	\$23.00	\$28.00	No cubierto
Polícarbonato - Niños	Cubierto		No cubierto	Cubierto		No cubierto	Cubierto		No cubierto
Fotocromáticos	Cubierto		No cubierto	\$70.00	\$70.00	No cubierto	\$70.00	\$70.00	No cubierto
Recubrimiento resistente a rayones	\$15.00	\$15.00	No cubierto	\$15.00	\$15.00	No cubierto	\$15.00	\$15.00	No cubierto

La información presentada en el cuadro es solo un resumen. La información no incluye toda la explicación detallada de los beneficios, exclusiones y limitaciones. Los participantes del plan deben consultar el documento Constancia de Cobertura (EOC) conocer los detalles de la cobertura. En el caso de que la información del evento que se encuentra en este resumen difiera de la EOC, prevalecerá la EOC.

# BENEFICIOS DE VISIÓN - continuación

## BENEFICIOS DE VISIÓN CON VALOR AGREGADO

<p>Beneficio Primary Eyecare (Copago de \$20)</p>	<p>El Beneficio Primary Eyecare está diseñado para la detección, el tratamiento y la gestión de condiciones oculares y/o condiciones sistémicas que producen síntomas oculares o de la vista. Un miembro puede buscar atención médica de su proveedor de VSP en lugar de su médico de atención médica primaria para: Síntomas – incluye, entre otras cosas:</p> <p>Condiciones – incluye, entre otras cosas:</p>
<p>Anteojos y Anteojos de Sol</p>	<p>Obtenga un 20% de descuento en anteojos y/o en anteojos de sol sin prescripción médica de cualquier médico de VSP dentro de los 12 meses de su último Examen Wellvision. Puede encontrar más información en <a href="http://www.vsp.com">www.vsp.com</a>.</p>
<p>Corrección Láser de la Vista</p>	<p>Ahorre hasta \$1,000 en LASIK en TLC laser Eye Centers y en The LASIK Vision Institute. Visite <a href="http://www.vsp.com">www.vsp.com</a> para más detalles.</p>
<p>Fondo de Ojo</p>	<p>Los miembros no pagará más que un copago de \$39 en estudios de fondos de ojo de rutina como mejora de un Examen WellVision.</p>
<p>TruHearing</p>	<p>Puede ahorrar hasta un 60% en un par de asistencias auditivas digitales y ahorrar en pilas y baterías para usted y para los miembros de su familia extendida. Para más información, visite <a href="http://www.truhearing.com/vsp">www.truhearing.com/vsp</a>.</p>



# HRA vs HSA vs FSA

**HRA =**  
Arreglo de  
Reintegro de  
Salud

**HSA =**  
Cuenta de  
Ahorros para  
la Salud

**FSA =**  
Cuenta de  
Gastos  
Flexible

## RESUMEN

Este resumen general compara características clave de las HRAs, HSAs y FSAs para la salud en las que ingresa fondos. Es importante saber cómo estos tipos de cuentas de reintegro funcionan juntas. Las referencias y los análisis de las HRAs financiadas son específicos del plan HealthInvest HRA. Si tiene un plan HRA diferente, debe saber cómo la participación

en ese plan puede afectar o no la participación en una HSA o FSA.

en las HRAs, HSAs y las FSAs para la salud están todas libres de impuestos y todas reintegran gastos médicos. Pero no son las únicas características que debe considerar. A continuación se encuentran otras varias.

Característica de la Cuenta	HRA	HSA	FSA
Contribuciones libres de impuestos	✓	✓	✓
Sin montos máximos de contribución (anuales o de por vida)	✓	X	X
Sin requerimiento de plan de salud de deducibles altos (HDHP)	✓	X	✓
Ingresos por inversión libres de impuestos (si hubiera)	✓	✓ <sup>2</sup>	X <sup>3</sup>
Reintegros de gastos médicos calificados	✓	✓	✓
Reintegros de las primas de los seguros de salud calificados antes de los 65 años	✓	X <sup>4</sup>	X
Reintegros de las primas de los seguros de salud calificados después de los 65 años	✓	✓ <sup>5</sup>	X
Extracciones por motivos no médicos	X	✓ <sup>6</sup>	X
Traspaso de saldo no utilizado de un año a otro	✓	✓	X <sup>7</sup>
La cuenta es portable	✓	✓	X

<sup>1</sup> Se permite el ingreso de fondos del empleador a las FSAs, pero la mayoría se financia con contribuciones de empleado.

<sup>2</sup> No todos los programas HSA permiten la inversión de fondos. En muchos casos, los participantes deben tener un saldo mínimo para invertir sus fondos.

<sup>3</sup> Las FSAs generalmente no tienen ningún componente de inversión.

<sup>4</sup> Las HSAs limitan los reintegros de las primas antes de los 65 años a COBRA y a cuidados calificados de largo plazo.

<sup>5</sup> Los reintegros de las HSA se limitan a las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare. Las HSAs no pueden reintegrar primas de planes complementarios de Medicare.

<sup>6</sup> Pueden extraerse fondos por motivos no médicos, pero estas extracciones están sujetas al impuesto federal a las ganancias y a un impuesto especial del 20% a menos que se realicen después del fallecimiento, de una incapacidad o de haber cumplido 65 años.

<sup>7</sup> Algunas FSAs podrán permitir un período de gracia o traspaso de hasta \$500.

## ¿TIENE PREGUNTAS?

1-844-342-5505

[employercare@healthinvesthra.com](mailto:employercare@healthinvesthra.com)

healthinvesthra.com

# CUENTAS DE GASTOS FLEXIBLES

Puede participar en las FSAs para ayudar a pagar gastos médicos y de cuidado de dependientes elegibles con dinero previo a la deducción de impuestos. *Las elecciones de beneficios no se pasan automáticamente al nuevo año del plan. Debe elegir activamente participar durante cada período de inscripción abierta.*

- **FSA para la Salud en General (hasta \$3,300 por año):** Puede utilizar la FSA para la Salud General para que le reintegren gastos de desembolso médico, dental y de visión elegibles como deducibles, copagos, coaseguro y medicamentos (excepto insulina, que está cubierta sin prescripción médica), como también cualquier otro gasto médico calificado que no esté cubierto por sus planes de salud. **Nota:** Mientras está inscrito en una FSA para la Salud General, **no puede** realizar ni recibir contribuciones de una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA).
- **FSA para la Salud Limitada (hasta \$3,300 por año):** Puede usar la FSA para el Cuidado de la Salud Limitada para pagar gastos de desembolso dentales y de visión elegibles. **Nota:** **Puede** realizar o recibir contribuciones de la HSA cuando está inscrito en una FSA para el Cuidado de la Salud Limitada.
- **FSA para el Cuidado de Dependientes (hasta \$5,000 por año):** Puede usar la FSA para el Cuidado de Dependientes para que se le reintegren gastos elegibles para el cuidado de dependientes. Los cuidados de dependientes elegibles son para niños dependientes menores de 13 años que viven con usted la mayoría del tiempo y no proporcionan más de la mitad de su sustento o dependientes de cualquier edad que no tienen la capacidad de cuidarse a sí mismos.
  - ★ Si su cónyuge tiene acceso a otra FSA para el cuidado de dependientes, su contribución combinada no puede exceder los \$5,000. Si está casado y presentan declaraciones de impuestos separadas, cada cónyuge puede contribuir con \$2,500. No puede pasar ningún fondo de la FSA para el cuidado de dependientes que quede al terminar el año del plan al nuevo año del plan.

## Cómo Funcionan las FSAS

Las FSA funcionan como una caja de ahorros. Así es cómo ahorra:

- Se deposita en su FSA un monto de su elección que se deduce del recibo de sueldo antes de que se deduzcan los impuestos (hasta el máximo establecido por el IRS).
- El monto con el que contribuye a cualquier FSA se deduce de su recibo de sueldo antes de que se retenga cualquier impuesto federal, estatal, local o de Seguro Social
- Cuando tiene un gasto elegible, el reintegro de su cuenta está libre de impuestos (podrán solicitarse recibos o documentación de los gastos)
- Tendrá acceso a su monto de elección completo de la FSA para la Salud apenas comienza el año del plan, cualquiera sea el monto con el que haya contribuido hasta la fecha (no aplica a cuentas para el Cuidado de Dependientes)

## Traspaso de la Cuenta de Salud

Si no gastó todo el dinero de su FSA para la Salud para cuando termina el año del plan - 31 de diciembre de 2024 - puede pasar hasta \$640 al nuevo año del plan 2025. Sin embargo, se pierde todo saldo que exceda los \$640 cuando termine el año del plan 2024. El traspaso para el año del plan 2025 será de \$660.

## Período de Gracia de la Cuenta de Cuidados de Dependientes

Si no gastó todo el dinero disponible para el Cuidado de Dependientes para cuando termina el año del plan - 31 de diciembre de 2024 - puede continuar incurriendo en gastos durante el período de gracia. El período de gracia se extiende 2 1/2 meses después de que termina el año del plan (hasta el 15 de marzo de 2025). Se pierde todo el dinero que queda al final del período de gracia del año actual 2024 (31 de marzo de 2025).

## Tarjetas de Débito

Si se inscribe en una de las FSAs para la Salud, recibe automáticamente una tarjeta de débito para pagar servicios directamente de su cuenta si elige hacerlo - evita los gastos de desembolso.

Puede usar su tarjeta de débito para gastos de la FSA para el Cuidado de Dependientes. Tenga en cuenta que el monto máximo para el que puede usar su tarjeta de débito está limitado al saldo de su cuenta FSA para el Cuidado de Dependientes actual. Si no hay suficientes fondos en su cuenta como para pagar sus servicios por adelantado, deberá presentar reclamos de reintegro a TDS Group. Consulte la página 21 para conocer los detalles de los contactos.

# SEGURO DE VIDA - PAGADOS POR EL DISTRITO Y VOLUNTARIOS

Además de los beneficios de salud, el Distrito también ofrece a los empleados elegibles beneficios de seguro de vida. Estos beneficios están previstos para proporcionarle asistencia financiera en el caso de muerte de un cónyuge o hijo o de sus beneficiarios en el caso de que muera usted.

## SEGURO DE VIDA BÁSICO

El Distrito le proporciona seguro de Vida Básico a través de Reliance Standard, equivalente a \$10,000, sin costo para usted.

## SEGURO DE VIDA VOLUNTARIO

Tiene la opción de comprar seguro de vida adicional a través de Reliance Standard para usted, para su cónyuge/pareja de hecho (menor de 70 años) o para sus dependientes (hijos no casados, que dependen de usted financieramente, de 14 días a 20 años de edad, o estudiante de tiempo completo de hasta 26 años)

**Elegibilidad:** Todos los empleados activos de tiempo completo no sindicalizados que trabajan 18 horas o más por semana.

Una persona no puede tener cobertura como Empleado y como Dependiente al mismo tiempo  
Solo uno de los cónyuges asegurados puede cubrir a los Hijos Dependientes

Puede elegir seguro de vida de hasta \$500,000 en incrementos de \$10,000 para usted y su cónyuge/pareja de hecho. Los empleados que son elegibles por primera vez tienen garantizado que se les emitirá una póliza de hasta \$200,000 (menores de 60 años). Si contrata seguro adicional, deberá presentar constancia de asegurabilidad. Si no se inscribe durante su período de elegibilidad inicial, no se le garantizará que se le emita esta póliza. Deberá proporcionar constancia de asegurabilidad.

Hijo(s) Dependiente(s): 14 días hasta 6 meses: \$1,000; 6 meses hasta 20 años de edad (26 si es estudiante de tiempo completo) opción de: \$2,500, \$5,000, \$7,500 o \$10,000. Elija un monto de beneficio para todos los hijos elegibles de la familia.

### Características:

- Beneficio Acelerado por Muerte
- Privilegio de Conversión al momento de la terminación
- Portabilidad al momento de la terminación
- Renuncia a la Prima al momento de la incapacidad total

Las tarifas y los límites se determinan en base a la edad.

## CÓMO NOMBRAR A SU BENEFICIARIO

Puede nombrar a cualquier persona o personas que desee que sean sus beneficiarios. Ellos recibirán los beneficios del Seguro de Vida si usted muere. Una vez que haya seleccionado a sus beneficiarios, su designación continuará sin cambios hasta que presente un nuevo formulario de designación de beneficiarios. Puede cambiar sus beneficiarios todas las veces que quiera.



# SEGURO VOLUNTARIO DE INCAPACIDAD

## Seguro Voluntario de Incapacidad por Corto Plazo (STD) de Reliance Standard

La protección de ingresos por incapacidad le proporciona un beneficio por una incapacidad de "corto plazo" que dé como resultado una lesión o enfermedad cubierta. Después del período de eliminación inicial de 7 días, se le pagan los beneficios, que continúan mientras esté incapacitado, hasta una duración máxima de 13 semanas. Después de eso se paga el seguro de incapacidad por largo plazo para cualquier cobertura adicional, si está inscrito.

**Elegibilidad:** Todos los empleados activos de tiempo completo no sindicalizados que trabajan 18 horas o más por semana y ganan

un salario anual de por lo menos \$15,000

Pagos semanales de hasta el 60% de sus ingresos, con un beneficio máximo de \$1,250 por semana. Limitaciones por Condiciones Preexistentes - 3/12 (aplica en la inscripción inicial y para cualquier aumento de beneficios)

### Características

- La maternidad se cubre como cualquier otra enfermedad
- Cobertura no ocupacional
- Incapacidad parcial

Las tarifas se basan en su salario y edad.

## Seguro Voluntario de Incapacidad por Largo Plazo (LTD) de Reliance Standard

La protección de ingresos por incapacidad le proporciona un beneficio por una incapacidad de "largo plazo" que dé como resultado una lesión o enfermedad cubierta, reemplazando una parte de sus ingresos. Hay un período de eliminación de 90 días antes de que se le paguen beneficios y si continúa incapacitado hasta que se jubila o hasta que cumple los 65 años (o 61 o menos al momento de recibir el beneficio) o por un período de tiempo más corto, de 1 a 3 años y medio si tiene 62 años o más al momento de recibir el beneficio.

**Elegibilidad:** Todos los empleados activos de tiempo completo no sindicalizados que trabajan 18 horas o más por semana y ganan un salario anual de por lo menos \$15,000

Pagos semanales de hasta el 60% de sus ingresos, con un beneficio máximo de \$15,000 por semana. Limitaciones por Condiciones Preexistentes - 3/12 (aplica en la inscripción inicial y para cualquier aumento de beneficios)

Las tarifas se basan en su salario y edad

Las compensaciones en los beneficios se realizan en base a cualquier beneficio de seguridad social, compensación de trabajadores u otros beneficios de incapacidad que haya recibido para que el asegurado no reciba más del 100% de su compensación previa a la incapacidad. Por ejemplo, si el seguro del estado le paga el 50%, solo tendrá derecho a pagos de incapacidad por largo plazo del 50%.

### Características

- Cobertura de su Propia Ocupación - 24 meses
- Incapacidad Residual o Parcial
- Beneficio de Indemnización Específico
- Beneficio de Supervivientes - 3 meses
- Disposiciones de Incentivos de Trabajo y Cuidado de Niños
- Servicios de Asistencia de Viaje

# OTROS BENEFICIOS VOLUNTARIOS

## **Indemnización Hospitalaria Voluntaria de Reliance Standard**

El seguro de indemnización hospitalaria proporciona una variedad de beneficios diarios de una suma de dinero fija para ayudar a cubrir los costos asociados a la admisión en un hospital, que incluye habitación y alimentos. Los beneficios se le pagan directamente al asegurado. Puede elegir asegurar también a sus dependientes, pero solo son elegibles si usted, el empleado, elige la cobertura de seguro para usted.

**Elegibilidad:** Todos los empleados activos de tiempo completo no sindicalizados que trabajan 18 horas o más por semana.

Dependientes incluyen su cónyuge e hijos menores de 26 años.

### **Características:**

- Emisión Garantizada: sin preguntas médicas
- Sin exclusiones por condiciones preexistentes
- Sin deducible
- Beneficios de Bienestar
- Para todos los residentes de California, es necesario que tengan un plan médico Principal superpuesto.

## **Seguro Voluntario de Accidentes de Reliance Standard**

El seguro de accidentes proporciona un pago de beneficios de una suma fija para lesiones resultantes de un accidente cubierto o para muerte accidental o desmembramiento. Los beneficios se le pagan directamente al asegurado y pueden usarse para cualquier motivo. La cobertura tiene una emisión garantizada - sin suscripción médica

**Elegibilidad:** Todos los empleados activos de tiempo completo no sindicalizados que trabajan 18 horas o más por semana (el empleado debe ser menor de 70 años a la fecha de inscripción)

Dependientes incluyen cónyuge/pareja de hecho (menor de 70 años) e hijos desde el nacimiento hasta los 26 años

Dos planes para elegir, A y B. Observe el programa de beneficios separado de cada plan.

### **Características:**

- Portabilidad para empleados de 70 años
- Continuación de FMLA/MSLA
- Beneficio de bienestar

El empleado debe estar asegurado para poder asegurar dependientes.

## **Cobertura de Cáncer de Allstate**

Con el Seguro para Cáncer de Allstate, puede proteger sus finanzas si enfrenta un diagnóstico de cáncer o enfermedad específica imprevista. Su cobertura le paga un beneficio de dinero para ayudar con los costos asociados a tratamientos, con los costos para pagar gastos para vivir y lo empodera a buscar la atención que necesita.

Elige la cobertura que sea correcta para usted y para su familia. El beneficio paga 29 enfermedades especificadas. Los beneficios se le pagan directamente a usted a menos que usted asigne otra cosa. La cobertura está disponible para usted y para sus dependientes.

### **Los beneficios incluyen:**

- Internación en el hospital
- Radiación / Quimioterapia
- Cirugía
- Beneficios varios, como:
  - medicina al estar internado y visita al médico
  - ambulancia
  - alojamiento ambulatorio
  - tratamiento experimental si se aprueba
  - fisioterapia o terapia del habla
  - prótesis

# Otros Beneficios Voluntarios - continuación

## Cobertura para Enfermedades Críticas y para Cáncer de Allstate

La cobertura para Enfermedad Crítica ayuda a proporcionar soporte financiero si se le diagnostica una enfermedad crítica. Recibe un beneficio de dinero en base al porcentaje que se paga por esa condición.

### Beneficios Iniciales para Enfermedad Crítica para:

- Ataque cardíaco
- Derrame cerebral
- Ataque isquémico transitorio
- Trasplante de órgano importante
- Insuficiencia renal en etapa terminal
- Cirugía de bypass de la arteria coronaria

### Beneficios para el Cáncer con la póliza de Enfermedad Crítica, disponible para:

- Cáncer invasivo
- Carcinoma in situ
- Segundo evento - si recibe un segundo diagnóstico más de 12 meses después del primero, se le cubrirá el segundo diagnóstico por separado.

### Beneficios Complementarios para Enfermedad Crítica para:

- Tumor cerebral benigno
- Coma
- Ceguera completa
- Pérdida de la audición en ambos oídos
- Parálisis

Opción adicional de comprar un Beneficio de Bienestar - una vez al año para uno de 23 exámenes. Consulte en el folleto la lista de estudios de bienestar.



## Recursos Ampliados de VEBA

Bienestar, En Cualquier Lugar que Esté:  
**Recursos Gratuitos Disponibles para Miembros de VEBA.**

### Acceso Flexible: Virtual y A Demanda

- **Videos A Demanda:** Acceda a videos en cualquier momento, desde cualquier lugar. Una variedad de ejercicios y prácticas de bienestar al alcance de su mano. Visite la biblioteca: <https://vebaresourcecenter.com/video-library/>
- **Cocina y Nutrición:** Clases que lo equipan con habilidades para mejorar su confianza con la cocina, su conocimiento en nutrición y su salud en general. Visite <https://vebaresourcecenter.com/cooking-nutrition/>
- **Manejo del Estrés:** Acupuntura y acupresión, meditación, yoga y terapia grupal. Regístrese en <https://vebaresourcecenter.com/calendar/>
- **Movimiento:** ¡Clases como entrenamiento de fuerza, ejercicios de baile, cardio HIIT y mucho más! Regístrese en <https://vebaresourcecenter.com/calendar/>

# VEBA - RECURSOS



## Centro para una Vida Sana

El Centro para una Vida Sana ofrece herramientas y recursos integrales para promover el bienestar general, al margen de donde esté en su recorrido. Descubra cómo los servicios, kits de bienestar y programas de VEBA pueden ayudarlo a estar más feliz y sano.

### Lo Que Hay Disponible:

- Kits y Recursos Descargables
- Educación en Beneficios de Salud
- Herramientas de Preparación para la Inscripción Abierta
- Aplicación y Portal MyVEBA
- Clases del Centro de Recursos de VEBA
- Videos y Artículos Destacados

Visite <https://vebresourcecenter.com/healthy-life/>

## Centro para el Bienestar Mental

El Centro para el Bienestar Mental ofrece herramientas y asesoramiento para manejar el estrés diario. Practique la atención con actividades rápidas de cinco minutos para comprender y controlar sus emociones, pensamientos y comportamientos.

### Lo Que Hay Disponible:

- Kit de Herramientas para el Bienestar Mental
- Recursos para el Éxito
- Clases, Videos y Artículos Destacados
- Libros y Aplicaciones Recomendados

Visite <https://vebresourcecenter.com/mental-wellbeing>



## Centro de Cocina y Nutrición

Mejore sus hábitos alimenticios diarios con los recursos que hay disponibles en el centro de Cocina y Nutrición. Encontrará guías para la salud intestinal y para obtener habilidades de cocina práctica para realizar elecciones informadas en su nutrición y estilo de vida, para una mejor salud y bienestar.

### Lo Que Hay Disponible:

- Control Intestinal: Su Kit Esencial como Principiante
- Herramientas para el Éxito
- Navegación por la Salud con VEBA
- Clases, Videos y Artículos Destacados

Visite <https://vebresourcecenter.com/cooking-nutrition/>

## Representación de VEBA

**¿Preguntas sobre los beneficios?** La ayuda está a solo unos clics. Su equipo de Representación de VEBA específico está aquí para hacer que su experiencia de salud sea simple y fácil. Como su conserje de salud con conocimiento, lo orientará en cada uno de los pasos.

### Ayuda disponible para:

- Programar turnos
- Pago de facturas
- Calidad de la atención
- ¡Y mucho más!

Comuníquese con el equipo de Representación de VEBA de lunes a viernes de 8 am a 5 pm:

**888-276-0250** o visite

[vebaonline.com/contact](http://vebaonline.com/contact) para presentar una solicitud.

**Nota importante:** Para solicitudes urgentes, haga clic en el casillero "urgent" que se encuentra en el formulario de contacto. Las consultas generalmente reciben una respuesta dentro de un día hábil desde su recepción.

## Navegación por la Salud

¡Comenzar puede ser la parte más difícil! Los Navegadores de la Salud de VEBA son enfermeros holísticos que trabajan con usted de forma individualizada, lo derivarán a recursos y proporcionarán ayuda u orientación para crear un plan adaptado para sus objetivos de salud en general.

La Navegación por la Salud es un servicio gratuito y confidencial para miembros de VEBA que incluye:

- Evaluación de salud y bienestar
- Plan de salud y bienestar personalizado
- Turnos de seguimiento para monitorear el progreso

Visite [vebaresourcecenter.com/programs/care-navigation/](http://vebaresourcecenter.com/programs/care-navigation/) para programar su turno.

## Recursos para el Bienestar Mental:

No está solo al navegar por los desafíos de la vida. Hay ayuda disponible para manejar el estrés diario, la ansiedad, la depresión y mucho más.

Acceso a recursos para el bienestar mental cuando y de la forma que lo necesita:

### Consultores Dedicados de Optum para Soluciones de Bienestar Emocional

- Conéctese rápidamente con ayuda para la salud mental, que lo ayudará a navegar por el estrés diario, la ansiedad, la depresión y o el equilibrio entre la vida y el trabajo.
- Acceso virtual
- Llame al **888-625-4809** o visite el [Portal Optum EWS](#) para crear una cuenta en Optum y reservar una consulta.



## Entrenamiento en la Salud Global

- **Su Camino Personalizado hacia el Bienestar:** Nuestro equipo creará un camino para la salud adaptado en base a sus necesidades y experiencias únicas. Lo ayudaremos a identificar objetivos, fortalezas y valores para que pueda construir la vida que desea.
- **Proceso de Entrenamiento:**
  - **Comience:** Evaluación de salud personalizada y orientación con un Navegador de la Salud.
  - **Plan de Bienestar Personalizado:** Cree su viaje por el bienestar con un Entrenamiento en la Salud Global.
  - **Alcance Sus Objetivos de Salud:** Orientación con ayuda para establecer y alcanzar hitos clave.
- **Comience su viaje para estar más sano y feliz.** Envíe aquí el formulario con sus intereses:  
<https://vebresourcecenter.com/care-navigation/>

## Grupo de Soporte para Navegar por las Transiciones de la Vida

- **Acepte el Cambio con Confianza:** Únase a este entorno confidencial de apoyo para navegar por los cambios de la vida con resiliencia y empoderamiento, dirigido por un terapeuta matriculado.
- **Ya sea que esté:**
  - Preparándose para el matrimonio
  - Ajustándose a la crianza de sus hijos
  - Enfrentando desafíos imprevistos
- Regístrese ahora para reservar su lugar en una próxima sesión grupal.
- **Más Información:** Visite <https://vebresourcecenter.com/navigating-life-transitions/>

## Soluciones de Bienestar Emocional (EWS) de Optum

Optum EWS (previamente conocido como EAP) está diseñado para proporcionar ayuda confidencial para los desafíos de la vida o para problemas más graves.

- Disponible 24/7 (por teléfono), los 365 días del año
- Sin costo, dentro de la red
- Cinco visitas de consulta por incidente
- Programe turnos virtualmente

### Ofrece ayuda para:

- Mejorar relaciones en casa o en el trabajo
- Navegar por un evento de vida desafiante
- Programas de capacitación en liderazgo
- Ayuda para el equilibrio entre el trabajo y la vida
- ¡Y mucho más!

### ¿Quién es elegible?

Miembros de VEBA y miembros de su hogar

**Comience:** Llame al **888-625-4809** o visite [www.liveandworkwell.com](http://www.liveandworkwell.com)  
(código de acceso: VEBA)

## Beneficios de VEBA

### Beneficios de

### Quiropráctico/Acupuntura

#### Resumen de Beneficios:

- Proporcionado por Optum Health - más de 2,700 proveedores en California:
- Visitas ilimitadas (sujeto a necesidad médica)
- Radiografías si están autorizadas
- 100% de cobertura para equipos médicos duraderos (hasta \$50)
- Los copagos se alinean con el copago de las visitas al Médico de Atención Primaria (PCP) (consulte los detalles en el cuadro)

Copago del PCP	Copago de Quiropráctico/Acupuntura
\$0, \$5 o \$10	\$10
\$15	\$15
\$20	\$20
\$25, \$30, \$35 o \$40	\$30

#### Aplica a los planes:

- UHC: Utilice su tarjeta de identificación digital como miembro de UHC
- Kaiser: Llame a Optum al número que se encuentra a continuación para conocer su número de identificación

#### Para Acceder a este Beneficio: (planes UHC y Kaiser)

- Visite [www.myoptumhealthphysicalhealthofca.com](http://www.myoptumhealthphysicalhealthofca.com)
  - Seleccione "Provider Locator".
  - Elija "California Schools VEBA" en el menú desplegable para el Plan/Producto
- Llame a Servicios para Miembros de Optum de lunes a viernes de 5 am a 5 pm: **800-428-6337**
- Llame a un proveedor deseado directamente. Verifique que sean proveedores de OptumHealth Physical Health of California (Optum).

*Como parte de VEBA, todos los miembros de UHC y Kaiser reciben beneficios de quiroprácticos siempre y cuando reciban atención de proveedores de OptumHealth Physical Health of California (Optum) participantes. Debe recibir atención médica de proveedores de ptum Health Physical Health of California (Optum).*

## Kindbody: Ayuda para la Fertilidad y la Menopausia

**Resumen de Beneficios:** California Schools VEBA ofrece Kindbody como beneficio para ayudar en la fertilidad, la formación de la familia y la menopausia.

Si está buscando que su familia crezca o si necesita asistencia en sus años post reproductivos, hay ayuda disponible. Kindbody proporciona servicios de fertilidad de principio a fin, como también ayuda para la menopausia con una navegación por la salud específica de Kinbody, orientación clínica, herramientas digitales y educación que ayuda a los miembros a maniobrar por estas etapas de salud reproductiva.

El espectro completo de beneficios se proporciona en un entorno seguro, acogedor y confidencial.

### Aplica a los Planes:

- UHC
- UMR
- Kaiser: *Los empleados y cónyuges/parejas inscritos en el plan de Kaiser administrado por California Schools VEBA tendrán acceso a tarifas con descuento de VEBA en clínicas Kindbody Signature.*

**Más Información:** Visite <https://kindbody.com/veba/>

## Expertos Médicos de Teladoc

Cuando enfrenta decisiones médicas importantes, contar con asesoramiento experto puede hacer toda la diferencia.

Los Expertos Médicos de Teladoc son un servicio que le proporciona acceso a más de 50,000 médicos de renombre en todo el mundo, para que pueda recibir una segunda opinión sobre un diagnóstico o plan de tratamiento.

**Más información:** Visite [www.teladoc.com/medical-experts](http://www.teladoc.com/medical-experts)

## Inside Rx Pets

Aprovechando el poder de compra grupal, reducimos los costos de los gastos de su mascota.

- Ahorre en medicamentos para humanos que generalmente se recetan para mascotas
- Los miembros pueden ahorrar un promedio del 77% en medicamentos genéricos y un 15% en medicamentos de marca

### Obtener ahorros es simple:

- Visite [insiderxpets.com](http://insiderxpets.com) para comparar los precios con descuento que hay disponibles y para imprimir su tarjeta de ahorros
- Lleve su tarjeta a más de 40,000 farmacias que aceptan el programa de descuentos Inside Rx Pets

## Beneficio Express Scripts para Planes de UnitedHealthcare y UMR

### Price Assure a través de GoodRx

Express Scripts ofrece Price Assure — una sociedad con GoodRx — para desbloquear ahorros para miembros en medicamentos genéricos selectos, cuando se reponen en una farmacia de la red que acepta GoodRx. Price Assure trabaja con Express Scripts detrás de escena para encontrarle los mejores ahorros posibles. Si hay ahorros disponibles, recibe automáticamente el precio con descuento, todo esto sin tener que registrarse para recibir una tarjeta de GoodRx separada.

### Programa SaveOnSP

Los miembros de ESI también tienen acceso al programa SaveOnSP, que exime copagos para ciertos medicamentos de especialidad y se asegura que una vez inscrito, no tenga responsabilidad financiera.

Para más información, llame al **800-918-8011** o visite [Express-Scripts.com](https://www.express-scripts.com)

## Plan UnitedHealthcare SignatureValue Full HMO

El plan UnitedHealthcare (UHC) SignatureValue Full HMO enfatiza la atención de calidad centrada en el paciente con el objetivo de mantenerlos a usted y a su familia más sanos y al mismo tiempo ayudar a reducir los costos de su salud.

Para encontrar un proveedor cercano, visite [whyuhc.com/csveba](https://whyuhc.com/csveba)

## Plan HealthInvest HRA for UHC Journey

Disponible como parte del plan UnitedHealthcare (UHC) SignatureValue Full Journey HMO, la HealthInvest HRA le da una opción de ahorros flexible para futuros costos de salud.

Para 2025, los montos de contribución para el plan SignatureValue Full Journey serán de \$1,000 para la cobertura individual, de \$1,600 para dos personas y de \$2,200 para la familia.

Los fondos se distribuyen el o antes del 1 de marzo de 2025. Para más información llame al **844-342-5505** o visite [healthinvesthra.com](https://healthinvesthra.com)

## Programa Omada® para el Tratamiento de la Diabetes y para Bajar de Peso

Servicios para la Diabetes y para Bajar de Peso a través de Express Scripts: Incluye Ayuda para GLP-1 y para Cambiar el Estilo de Vida, disponible para planes UnitedHealthcare HMO.

### Resumen:

Programa virtual que ayuda a los miembros que puedan necesitar tratar la diabetes, con entrenamiento personal individualizado, ayuda de especialistas y las herramientas necesarias para realizar cambios de salud a largo plazo.

¿Qué significa esto para los miembros de VEBA?

- Ayuda con un Entrenador de Salud Individualizado y Personalizados, de Omada
- Monitoreo con dispositivos y herramientas inteligentes
- Orientación experta en el estilo de vida de un Especialista en Diabetes
- El programa es sin costo adicional para los miembros

## EncircleRx disponible para miembros de UnitedHealthcare HMO

**Resumen:** Funciona en segundo plano, participando con programas de cuidados de valor para verificar que se les receten GLP- 1s a pacientes que más los necesitan, para alcanzar un peso más sano. Asegura que los programas estén funcionando de la forma prevista (es decir, que sean apropiados).

EncircleRx acepta dos programas de cuidados de valor:

- Tratamiento de la diabetes
- Pérdida de peso

### Resumen:

- La cobertura de GLP-1 ahora estará disponible para miembros calificados a través del beneficio EncircleRx de Express Scripts.
- Omada es un producto independiente, pero también está incorporado en EncircleRx. Si no usa EncircleRx, igual puede seguir usando Omada.

## Búsquedas de Proveedores

### Encuentre Su Proveedor del UnitedHealthcare (UHC) HMO

Para elegir un proveedor para el plan UHC HMO, observe estas instrucciones paso a paso. En un HMO, ve a su PCP primero para la mayoría de los asuntos médicos. No necesita una derivación para salud mental, para un quiropráctico o para servicios de obstetricia/ginecología.

Para encontrar un proveedor o centro:

1. Diríjase a [whyuhc.com/csveba](http://whyuhc.com/csveba)
2. Seleccione "Search for a Provider" que aparece cerca de la parte superior de la página
3. Desplácese hacia abajo y elija las opciones de planes
4. Seleccione "Continue"
5. Seleccione "Change Location" e ingrese su código postal, después seleccione "Update Location"
6. Ahora puede buscar por Persona, Lugar, Servicio o Tratamiento o Atención Médica por Condición

### Cómo Encontrar Su Proveedor de UMR PPO

Para el plan UMR Select Plus PPO, siga las indicaciones a continuación para encontrar un proveedor o centro:

1. Diríjase a [umr.com](http://umr.com)
2. Haga clic en "Find a Provider"
3. Desplácese hacia abajo hacia el menú "U" y elija "UnitedHealthcare Select Plus Network"
4. Haga clic en el botón "View Providers" para ser dirigido al menú de búsqueda

Busque por Nombre, Especialidad, Centro o Código Postal

### Cómo Encontrar un Proveedor Quiropráctico o de Acupuntura

Proporcionado por OptumHealth Physical Health of California, que le da acceso a una red de más de 2,700 proveedores.

Tres formas de encontrar un proveedor:

1. Diríjase a [myoptumhealthphysicalhealthofca.com](http://myoptumhealthphysicalhealthofca.com) y seleccione "Provider Locator". Elija "California Schools VEBA" en el menú desplegable para el Plan/Producto
2. Llame a Servicios para Miembros de Optum de lunes a viernes de 5 am a 5 pm al **800-428-6337** para recibir la información más actualizada hasta la fecha
3. Llame al proveedor directamente para programar un turno y verificar que forme parte de la red Optum para VEBA

# VEBA - RECURSOS



## Aplicación y Portal MyVEBA

### ¡Descargue la Aplicación MyVEBA Hoy Mismo!

¡MyVEBA es un portal online lleno de grandiosos recursos! ¡Acceda durante la Inscripción Abierta para ver su plan actual, explorar sus opciones de planes, buscar un proveedor y mucho más!



Escanee el código QR o visite:

<http://bit.ly/45j8Nml>

Escanee el código QR o visite:

<https://bit.ly/30x7sRv>

### Usuarios que Ingresan Por Primera Vez

- Visite <https://mhusd.myveba.org/fair/index>
- Haga clic en "Get Started Now"
- Ingrese "VEBA" como código de acceso para iniciar sesión

¿Prefiere acceder a su MyVEBA desde su escritorio? Viste el portal MyVEBA online.

¿Tiene Problemas para Acceder? Llame al Equipo de Representantes de VEBA para recibir ayuda: **888-276-0250**

(de lunes a viernes de 8 am a 5 pm) o envíe un e-mail a [VEBAbenefits@vebonline.com](mailto:VEBAbenefits@vebonline.com).

## Medicamentos

Los miembros de UHC HMO y UMR PPO reciben sus beneficios de medicamentos a través de Express Scripts. Los montos de su copago y coaseguro se basan en dónde repone sus medicamentos.

Los montos del coaseguro para No EAN se basan en dónde repone sus medicamentos. Las farmacias No EAN cobran un copago adicional de \$5 por prescripción. Para pagar los copagos más bajos, asegúrese de utilizar una farmacia de Express Scripts Advantage Network (EAN) Si continúa usando una farmacia de venta al público después de tres reposiciones de su medicamento, pagará el copago de mantenimiento para un suministro de 30 días.

### Medicamentos de Corto Plazo

*(suministro de hasta a 30 días)  
Utilice una farmacia de Express Scripts Advantage Network (EAN) (para obtener el menor costo) o una farmacia No EAN*

#### Farmacias EAN

- Costco
- Safeway
- Rite Aid
- Kmart
- Varias Farmacias Independientes

#### Farmacias No EAN

- Walgreens
- CVS
- Target
- Varias Farmacias Independientes

### Medicamentos de Largo Plazo

*(suministro de hasta a 90 días)  
Utilice una farmacia Express Scripts Smart90 o el Envío a Domicilio de Express Scripts para pagar el menor costo*

#### Farmacias Smart90

- Costco
- Rite Aid

#### Envío a Domicilio

- Express Scripts

# CONTACTOS CLAVE

Contacto	Número de Teléfono	Sitio web / e-mail
MHUSD – Mesa de Beneficios	(408) 201-6019	<a href="mailto:benefits@mhusd.org">benefits@mhusd.org</a>
Centro Ayuda para Empleados	(800) 863-9019	
<b>Portal de Inscripción Online Ease</b>	<b><a href="#">Portal EASE</a></b>	

Contacto	Número de Teléfono	Sitio web / e-mail	Plan/Código de Grupo
Kaiser – Plan Médico	800-464-4000	<a href="http://www.kp.org/veba">http://www.kp.org/veba</a>	Pendiente
UHC – Plan Médico HMO	888-586-6365	<a href="http://whyuhc.com/csveba">whyuhc.com/csveba</a>	Pendiente
UHC – Plan Médico PPO	800-826-9781	<a href="http://umr.com">umr.com</a>	Pendiente
DeltaCare – Plan Dental HMO	800-422-4234	<a href="http://www.deltadentalins.com">www.deltadentalins.com</a>	70870
Delta Dental – Plan Dental PPO	800-765-6003	<a href="http://www.deltadentalins.com">www.deltadentalins.com</a>	Plan Low: 710206429 Plan High: 710200649 Premium: 710206431
VSP – Plan de Visión	800-877-7195	<a href="http://www.vsp.com">www.vsp.com</a>	30106615
The TDS Group – FSA / HSA / Beneficios Voluntarios	866-446-1072	<a href="https://tds.wealthcareportal.com">https://tds.wealthcareportal.com</a>	N/A
HealthInvest HRA (Planes HRA for Journey)	844-342-5505	<a href="mailto:customercare@healthinvesthra.com">customercare@healthinvesthra.com</a> <a href="http://healthinvesthra.com">healthinvesthra.com</a>	pendiente



# AVISO SOBRE LA PARTE D DE MEDICARE

## AVISO DE COBERTURA ACREDITABLE DE MEDICARE

***Si usted y/o sus dependientes tienen Medicare o serán elegibles para recibir Medicare en los próximos 12 meses, una ley Federal les brinda más opciones acerca de su cobertura de medicamentos.***

### **Aviso Importante Sobre Su Cobertura de Medicamentos y Medicare**

#### **Aviso de Cobertura Acreditable**

**Este aviso aplica únicamente si usted y/o sus dependientes están inscritos en un plan médico de Morgan Hill Unified School District y usted es elegible para Medicare. Si esto no aplica a usted, puede ignorar este aviso.**

Por favor, lea este aviso atentamente y guárdelo en un lugar que pueda encontrarlo fácilmente. Este aviso contiene información sobre su cobertura de medicamentos de Morgan Hill Unified School District y sus opciones bajo la cobertura de medicamentos de Medicare. Esta información podrá ayudarlo a decidir si desea participar en un plan de medicamentos de Medicare o no. Si está considerando participar, debería comparar la cobertura de su empleador, incluyendo qué medicamentos están cubiertos y a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos de Medicare en su área. La información sobre dónde puede recibir ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos se encuentra al final de este aviso.

Hay dos cosas importantes que debe saber sobre la cobertura de su empleador y la cobertura de medicamentos de Medicare:

- 1. La cobertura de medicamentos de Medicare comenzó a estar disponible en 2006 para todas las personas que tienen Medicare. Puede recibir esta cobertura si participa en un Plan de Medicamentos de Medicare o si participa en un Plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) que ofrece cobertura de medicamentos. Todos los planes de medicamentos de Medicare proporcionan por lo menos un nivel de cobertura estándar establecido por Medicare. Algunos planes también podrán ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.**
- 2. Morgan Hill Unified School District ha determinado que se espera que la cobertura de medicamentos que ofrecen los planes de salud de Morgan Hill Unified School District pague en promedio, para todos los participantes, lo mismo que la cobertura de medicamentos estándar de Medicare y por lo tanto es considerada una Cobertura Acreditable. Como su cobertura es una Cobertura Acreditable, puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una penalidad) si más tarde decide participar en un plan de medicamentos de Medicare.**

#### **¿Cuándo Puede Participar en un Plan de Medicamentos de Medicare?**

Puede participar en un plan de medicamentos de Medicare cuando es elegible por primera vez para recibir Medicare y cada año del 15 de octubre al 7 de diciembre. Sin embargo, si pierde su cobertura de medicamentos acreditable, sin que sea por culpa suya, también será elegible para recibir un Período de Inscripción Especial (SEP) de dos (2) meses para participar en un plan de medicamentos de Medicare.

# AVISO SOBRE LA PARTE D DE MEDICARE, CONT.

## ¿Qué le Ocurre a la Cobertura de su Empleador si Decide Participar en un Plan de Medicamentos de Medicare?

Si decide participar en un plan de medicamentos de Medicare, la cobertura de su empleador se verá afectada. Comuníquese con su empleador para saber si puede volver a recibir la cobertura de su empleador más adelante si usted o sus dependientes se dan de baja a la cobertura y participan en un plan de medicamentos de Medicare.

## ¿Cuándo Pagará una Prima Más Alta (Penalidad) para Participar en un Plan de Medicamentos de Medicare?

También debe saber que si da de baja o pierde la cobertura de su empleador y no participa en un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días continuos después que termina la cobertura, podrá tener que pagar una prima más alta (una penalidad) para participar en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si pasa 63 días continuos o más sin cobertura de medicamentos acreditable, su prima mensual podrá aumentar por lo menos un 1% de la prima básica de Medicare del beneficiario por cada mes que no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima podrá ser consistentemente por lo menos un 19% más alta que la prima básica para beneficiarios de Medicare. Podrá tener que pagar esta prima más alta (una penalidad) durante todo el tiempo que tenga cobertura de medicamentos de Medicare. Además, podrá tener que esperar hasta el siguiente octubre para participar.

## Para Más Información Sobre Este Aviso O Sobre La Cobertura De Medicamentos de su Empleador...

Comuníquese con la persona indicada a continuación para más información. **NOTA:** Recibirá este aviso todos los años. También lo recibirá antes del siguiente período en el que puede participar en un plan de medicamentos de Medicare y si cambia esta cobertura. También podrá solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

En el manual "Medicare y Usted" encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos. Todos los años Medicare le enviará por correo una copia del manual. También podrá ser contactado directamente por los planes de medicamentos de Medicare.

Para Más Información sobre la cobertura de medicamentos de Medicare:

- Visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)
- Llame al Programa de Asistencia para Seguros de Salud de su Estado (observe en la contratapa interna de su copia del manual "Medicare y Usted" para consultar su número de teléfono) para recibir ayuda personalizada
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene ingresos y recursos limitados, tendrá disponible más ayuda para pagar la cobertura de medicamentos de Medicare. Para información sobre esta ayuda adicional, visite la página web de Seguridad Social en [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov) llámelos al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

**Recuerde: Guarde este aviso de Cobertura Acreditable. Si decide participar en uno de los planes de medicamentos de Medicare, podrá tener que proporcionar una copia de este aviso cuando participe, para demostrar si mantuvo cobertura acreditable o no y por lo tanto, si debe pagar una prima más alta (una penalidad) o no.**

1 de octubre de 2024  
Morgan Hill Unified School District  
Especialista en RR.HH. - Beneficios para Empleados  
15600 Concord Circle  
Morgan Hill, CA 95037  
408-201-6019

# AVISOS ANUALES

## RESUMEN DE BENEFICIOS Y COBERTURA (SBC)

Como empleado, los beneficios de salud que tiene disponibles representan un importante componente de su paquete de compensación. También les proporcionan protección importante a usted y a su familia en el caso de una enfermedad o lesión. El Distrito ofrece una variedad de opciones de cobertura de salud ya que elegir una opción de cobertura de salud es una decisión importante. Para ayudarlo a realizar una elección informada, tiene disponible un Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) de su plan médico que resume información importante sobre sus opciones de cobertura de salud. En el sitio web de los beneficios del Distrito están disponibles el SBC y un Glosario Uniforme. También hay disponible una copia impresa, sin cargo, que puede solicitar enviando un e-mail al Departamento de Personal del Distrito.

## AVISO DE DERECHOS DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL

Si un empleado elegible rechaza la inscripción en un plan de salud grupal para el empleado o para el cónyuge o dependientes del empleado debido a otra cobertura de seguro de salud o plan de salud grupal, el empleado elegible podrá inscribirse a sí mismo y a sus dependientes elegibles en este plan si pierde la elegibilidad para la otra cobertura (o debido a que el empleador deja de contribuir a esta otra cobertura). Sin embargo, el empleado elegible debe solicitar la inscripción dentro de los **30** días después que termina la otra cobertura (o después de que el empleador deja de realizar contribuciones a la cobertura).

Además, si un empleado elegible tiene un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o asignación en adopción, el empleado elegible podrá inscribirse a sí mismo y a sus dependientes elegibles siempre y cuando el empleado elegible solicite la inscripción dentro de los **30** días después del matrimonio, nacimiento, adopción o asignación en adopción.

Además, los empleados elegibles y sus dependientes elegibles para la cobertura que no se inscriban serán elegibles para inscribirse en la cobertura dentro de los 60 días después de comenzar a ser inelegibles para la cobertura de un plan Medicare o del Plan de Seguro de Salud para Niños (CHIP) o de que se determina que es elegible para recibir asistencia financiera bajo un plan Medicare, CHIP o estatal, con respecto a la cobertura del plan. Para solicitar una inscripción especial o para obtener más información, comuníquese con Meena Appleby escribiendo a [benefits@mhusd.org](mailto:benefits@mhusd.org).

## AVISO DE PROTECCIÓN DEL PACIENTE

Su plan de salud podrá requerir o permitir la designación de un proveedor de atención primaria. En caso de ser así, tiene el derecho de designar a cualquier proveedor de atención primaria que participe en nuestra red y que esté disponible para aceptarlos a usted y a los miembros de su familia, que incluyen un pediatra, como médico de atención primaria. Hasta que realiza esta designación, el plan de salud podrá designar uno por usted.

No necesita autorización previa del plan de salud ni de ninguna otra persona (incluye un médico de atención primaria) para obtener acceso a cuidados obstétricos o ginecológicos de un profesional de salud de la red que se especialice en obstetricia o ginecología. El profesional de salud, no obstante, podrá tener que cumplir con ciertos procedimientos, que incluyen obtener autorización previa por ciertos servicios después de un plan de tratamiento o procedimiento preaprobado, para hacer derivaciones.

Para obtener información sobre cómo seleccionar un proveedor de atención primaria, una lista de proveedor de atención primaria participantes o una lista de profesional de salud que se especializan en obstetricia o ginecología, comuníquese con su plan de salud.

## AVISO SOBRE LA LEY DE PROTECCIÓN DE LA SALUD DE MADRES Y RECIÉN NACIDOS

Los planes de salud grupales y las aseguradoras de salud generalmente no pueden, por ley federal, restringir beneficios de estadía en el hospital en relación con un nacimiento, ni para la madre ni para el recién nacido, a menos de 48 horas después de un parto vaginal o a menos de 96 horas después de una cesárea. No obstante, la ley federal generalmente no prohíbe que el proveedor que atiende a la madre o al recién nacido, después de haberlo consultado con la madre, les dé de alta a la madre o su recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas según corresponda). En cualquiera de los casos, los planes y las aseguradoras no pueden, por ley Federal, requerir que un proveedor obtenga autorización del plan o de la aseguradora para prescribir una estadía que no exceda las 48 horas (o 96 horas). Si desea más información sobre los beneficios de maternidad, comuníquese con su plan de salud.

## AVISO SOBRE LA LEY DE DERECHOS SOBRE SALUD Y CÁNCER DE LAS MUJERES AVISO

Si se realizó o se va a realizar una mastectomía, podrá tener derecho a ciertos beneficios bajo la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer de 1998 (WHCRA). Para personas que reciben beneficios relacionados con una mastectomía, la cobertura será proporcionada de la forma que se determine consultando con el médico asistente y el paciente, para:

- Todas las etapas de reconstrucción del pecho en el que se realizó la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica;
- Prótesis; y
- Tratamiento de complicaciones físicas de la mastectomía, que incluye linfedema.

Estos beneficios se proporcionarán sujetos a los mismos deducibles y coaseguro que aplican a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados por este plan. Si desea más información sobre los beneficios de WHCRA, comuníquese con su plan de salud.

# AVISOS ANUALES

## Asistencia para las Primas Bajo Medicaid y el Programa de Seguro de Salud de Niños (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para recibir cobertura de salud de su empleador, su estado podrá tener un programa de asistencia para las primas que podrá ayudar a pagar la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no será elegible para estos programas de asistencia para las primas, pero tal vez pueda comprar cobertura de seguro individual a través del Marketplace de Seguros de Salud. Para más información, visite [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov).

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y viven en uno de los Estados indicados a continuación, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su Estado para saber si hay disponible asistencia para las primas.

Si usted o sus dependientes actualmente NO están inscritos en Medicaid o CHIP y cree que usted o alguno de sus dependientes podría ser elegible para alguno de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su Estado o disque **1-877-KIDS NOW** o diríjase a [www.insurekidsnow.gov](http://www.insurekidsnow.gov) para aprender cómo inscribirse. Si califica, pregúntele a su estado si tiene un programa que pudiera ayudar a pagar las primas de un plan administrado por un empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir asistencia para las primas bajo Medicaid o CHIP y también son elegibles para el plan de su empleador, su empleador deberá permitirle inscribirse en el plan de su empleador si aún no está inscripto. A esto se lo denomina oportunidad de "inscripción especial" y **debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días desde que se determina que es elegible para recibir asistencia para las primas**. Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento del Trabajo a [www.askebsa.dol.gov](http://www.askebsa.dol.gov) o llame al **1-866-444-EBSA (3272)**.

Si vive en alguno de los siguientes estados, podrá ser elegible para recibir asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de julio de 2024. Comuníquese con su Estado para más información sobre la elegibilidad-

<b>ALABAMA - Medicaid</b>	<b>ALASKA - Medicaid</b>
Sitio web: <a href="http://myalhipp.com/">http://myalhipp.com/</a> Teléfono: 1-855-692-5447	El Programa de Pago de Primas de Seguros de Salud de AK Sitio web: <a href="http://myakhipp.com/">http://myakhipp.com/</a> Teléfono: 1-866-251-4861 Email: <a href="mailto:CustomerService@MyAKHIPP.com">CustomerService@MyAKHIPP.com</a> Elegibilidad para Medicaid: <a href="https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx">https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx</a>
<b>ARKANSAS - Medicaid</b>	<b>CALIFORNIA - Medicaid</b>
Sitio web: <a href="http://myarhipp.com/">http://myarhipp.com/</a> Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Sitio Web del Programa Health Insurance Premium Payment (HIPP): <a href="http://dhcs.ca.gov/hipp">http://dhcs.ca.gov/hipp</a> Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Email: <a href="mailto:hipp@dhcs.ca.gov">hipp@dhcs.ca.gov</a>
<b>COLORADO - Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)</b>	<b>FLORIDA - Medicaid</b>
Sitio Web de Health First Colorado: <a href="https://www.healthfirstcolorado.com/">https://www.healthfirstcolorado.com/</a> Centro de Contacto para Miembros de Health First Colorado: 1-800-221-3943/Ente Regulador del Estado 711 CHP+: <a href="https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus">https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus</a> Atención al Cliente de CHP+: 1-800-359-1991/Ente Regulador del Estado 711 Programa Health Insurance Buy-In (HIBI): <a href="https://www.mycohibi.com/">https://www.mycohibi.com/</a> Atención al Cliente de HIBI: 1-855-692-6442	Sitio web: <a href="https://www.flmedicaidtplrecovery.com/flmedicaidtplrecovery.com/hipp/index.html">https://www.flmedicaidtplrecovery.com/flmedicaidtplrecovery.com/hipp/index.html</a> Teléfono: 1-877-357-3268

# AVISOS ANUALES

GEORGIA - Medicaid	INDIANA - Medicaid
<p>Sitio web de HIPP de GA:  <a href="https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp">https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp</a>            Teléfono: 678-564-1162, Presione 1            Sitio web de GA CHIPRA:  <a href="https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra">https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra</a>            Teléfono: 678-564-1162, Presione 2</p>	<p>Programa Health Insurance Premium Payment            Todos los Demás Medicaid            Sitio web: <a href="https://www.in.gov/medicaid/">https://www.in.gov/medicaid/</a>  <a href="http://www.in.gov/fssa/dfr/">http://www.in.gov/fssa/dfr/</a>            Administración de Servicios Sociales y para la Familia            Teléfono: 1-800-403-0864            Teléfono de Servicios para Miembros: 1-800-457-4584</p>
IOWA - Medicaid y CHIP (Hawki)	KANSAS - Medicaid
<p>Sitio web de Medicaid:  <a href="#">Medicaid de Iowa   Servicios Humanos y para la Salud</a>            Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366            Sitio Web de Hawki:  <a href="#">Hawki - Healthy and Well Kids in Iowa   Health &amp; Human Services</a>            Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563            Sitio Web de HIPP: <a href="#">Health Insurance Premium Payment (HIPP)   Servicios Humanos y para la Salud (iowa.gov)</a>            Teléfono de HIPP: 1-888-346-9562</p>	<p>Sitio web: <a href="https://www.kancare.ks.gov/">https://www.kancare.ks.gov/</a>            Teléfono: 1-800-792-4884            Teléfono de HIPP: 1-800-967-4660</p>
KENTUCKY - Medicaid	LOUISIANA - Medicaid
<p>Sitio web de El Programa Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment (KI-HIPP):  <a href="https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx">https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx</a>            Teléfono: 1-855-459-6328            Email: <a href="mailto:KIHIPP.PROGRAM@ky.gov">KIHIPP.PROGRAM@ky.gov</a>            Sitio web de KCHIP: <a href="https://kynect.ky.gov">https://kynect.ky.gov</a>            Teléfono: 1-877-524-4718            Sitio web de Medicaid de Kentucky:  <a href="https://chfs.ky.gov/agencies/dms">https://chfs.ky.gov/agencies/dms</a></p>	<p>Sitio web: <a href="http://www.medicaid.la.gov">www.medicaid.la.gov</a> o <a href="http://www.ldh.la.gov/lahipp">www.ldh.la.gov/lahipp</a>            Teléfono: 1-888-342-6207 (línea de atención telefónica de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)</p>
MAINE – Medicaid	MASSACHUSETTS - Medicaid y CHIP
<p>Sitio Web de Inscripción:  <a href="https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US">https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US</a>            Teléfono: 1-800-442-6003            TTY: Ente Regulador de Maine 711            Sitio web de Private Health Insurance Premium:  <a href="https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms">https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms</a>            Teléfono: 1-800-977-6740            TTY: Ente Regulador de Maine 711</p>	<p>Sitio web: <a href="https://www.mass.gov/masshealth/pa">https://www.mass.gov/masshealth/pa</a>            Teléfono: 1-800-862-4840            TTY: 711            Email: <a href="mailto:massprem_assistance@accenture.com">massprem_assistance@accenture.com</a></p>
MINNESOTA - Medicaid	MISSOURI - Medicaid
<p>Sitio web:  <a href="https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/">https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/</a>            Teléfono: 1-800-657-3672</p>	<p>Sitio web:  <a href="http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm">http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm</a>            Teléfono: 573-751-2005</p>

# AVISOS ANUALES

MONTANA - Medicaid	NEBRASKA – Medicaid
<p>Sitio web: <a href="http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP">http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP</a>            Teléfono: 1-800-694-3084            Email: <a href="mailto:HHSHIPProgram@mt.gov">HHSHIPProgram@mt.gov</a></p>	<p>Sitio web: <a href="http://www.ACCESSNebraska.ne.gov">http://www.ACCESSNebraska.ne.gov</a>            Teléfono: 1-855-632-7633            Lincoln: 402-473-7000            Omaha: 402-595-1178</p>
NEVADA - Medicaid	NUEVO HAMPSHIRE - Medicaid
<p>Sitio web de Medicaid: <a href="http://dhcfnv.gov">http://dhcfnv.gov</a>            Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900</p>	<p>Sitio web: <a href="https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program">https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program</a>            Teléfono: 603-271-5218            Número gratuito del programa HIPP: 1-800-852-3345, interno 15218            Email: <a href="mailto:DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov">DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov</a></p>
NUEVA JERSEY - Medicaid y CHIP	NUEVA YORK - Medicaid
<p>Sitio web de Medicaid: <a href="http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/">http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/</a>            Teléfono: 1-800-356-1561            Teléfono de Asistencia para las Primas de CHIP: 609-631-2392            Sitio web de CHIP: <a href="http://www.njfamilycare.org/index.html">http://www.njfamilycare.org/index.html</a>            Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710 (TTY: 711)</p>	<p>Sitio web: <a href="https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/">https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/</a>            Teléfono: 1-800-541-2831</p>
CAROLINA DEL NORTE - Medicaid	DAKOTA DEL NORTE - Medicaid
<p>Sitio web: <a href="https://medicaid.ncdhhs.gov/">https://medicaid.ncdhhs.gov/</a>            Teléfono: 919-855-4100</p>	<p>Sitio web: <a href="https://www.hhs.nd.gov/healthcare">https://www.hhs.nd.gov/healthcare</a>            Teléfono: 1-844-854-4825</p>
OKLAHOMA - Medicaid y CHIP	OREGÓN - Medicaid y CHIP
<p>Sitio web: <a href="http://www.insure.oklahoma.org">http://www.insure.oklahoma.org</a>            Teléfono: 1-888-365-3742</p>	<p>Sitio web: <a href="http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx">http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx</a>            Teléfono: 1-800-699-9075</p>
PENSILVANIA - Medicaid y CHIP	RHODE ISLAND - Medicaid y CHIP
<p>Sitio web: <a href="https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html">https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html</a>            Teléfono: 1-800-692-7462            Sitio web de CHIP: <a href="http://Children's Health Insurance Program (CHIP) (pa.gov)">Children's Health Insurance Program (CHIP) (pa.gov)</a>            Teléfono de CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)</p>	<p>Sitio web: <a href="http://www.eohhs.ri.gov/">http://www.eohhs.ri.gov/</a>            Teléfono: 1-855-697-4347 o            401-462-0311 (Línea Directa RIte Share)</p>
CAROLINA DEL SUR - Medicaid	DAKOTA DEL SUR - Medicaid
<p>Sitio web: <a href="https://www.scdhhs.gov">https://www.scdhhs.gov</a>            Teléfono: 1-888-549-0820</p>	<p>Sitio web: <a href="http://dss.sd.gov">http://dss.sd.gov</a>            Teléfono: 1-888-828-0059</p>

# AVISOS ANUALES

TEXAS - Medicaid	UTAH - Medicaid y CHIP
<p>Sitio web: <a href="#">Programa Health Insurance Premium Payment (HIPP)   Salud y Servicios Humanos de Texas</a> Teléfono: 1-800-440-0493</p>	<p>Utah's Premium Partnership for Health Insurance Sitio web: <a href="https://medicaid.utah.gov/upp/">https://medicaid.utah.gov/upp/</a> Email: <a href="mailto:upp@utah.gov">upp@utah.gov</a> Teléfono: 1-888-222-2542 Sitio web de Adult Expansion: <a href="https://medicaid.utah.gov/expansion/">https://medicaid.utah.gov/expansion/</a> Sitio Web del Programa de Compra de Medicaid de Utah: <a href="https://medicaid.utah.gov/buyout-program/">https://medicaid.utah.gov/buyout-program/</a> Sitio web de CHIP: <a href="https://chip.utah.gov/">https://chip.utah.gov/</a></p>
VERMONT- Medicaid	VIRGINIA - Medicaid y CHIP
<p>Sitio web: <a href="#">Programa Health Insurance Premium Payment (HIPP)   Acceso a Salud del Departamento de Vermont</a> Teléfono: 1-800-250-8427</p>	<p>Sitio web: <a href="https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select">https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select</a> <a href="https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs">https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs</a> Teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924</p>
WASHINGTON - Medicaid	VIRGINIA OCCIDENTAL - Medicaid y CHIP
<p>Sitio web: <a href="https://www.hca.wa.gov/">https://www.hca.wa.gov/</a> Teléfono: 1-800-562-3022</p>	<p>Sitio web: <a href="https://dhhr.wv.gov/bms/">https://dhhr.wv.gov/bms/</a> <a href="http://mywvhipp.com/">http://mywvhipp.com/</a> Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 Línea telefónica sin cargo de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)</p>
WISCONSIN - Medicaid y CHIP	WYOMING - Medicaid
<p>Sitio web: <a href="https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm">https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm</a> Teléfono: 1-800-362-3002</p>	<p>Sitio web: <a href="https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/">https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/</a> Teléfono: 1-800-251-1269</p>

Para ver si algún otro estado ha agregado un programa de asistencia para las primas desde el 31 de julio de 2024 o para más información sobre los derechos de inscripción especial comuníquese con:

Departamento de Trabajo de EE.UU.  
Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados  
[www.dol.gov/agencies/ebsa](http://www.dol.gov/agencies/ebsa)  
1-866-444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.  
Centros de Servicios de Servicios Medicare y Medicaid  
[www.cms.hhs.gov](http://www.cms.hhs.gov)  
1-877-267-2323, Opción 4 del Menú, Interno 61565

## Declaración sobre la Ley de Reducción de Trámites

Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Pub. L. 104-13) (PRA), ninguna persona tiene la obligación de responder a una toma de información, a menos que esta toma de información exhiba un número de control válido de la Oficina de Gestión y Presupuesto (OMB). El Departamento indica que una agencia Federal no puede conducir ni administrar una toma de información, a menos que esté aprobada por OMB bajo la PRA y exhiba un número de control válido de OMB y el público no tiene la obligación de responder a una toma de información, a menos que exhiba un número de control actualmente válido de la OMB. Consulte 44 U.S.C. 3507. Además, al margen de cualquier otra disposición indicada en la ley, ninguna persona estará sujeta a una penalidad por no cumplir con una toma de información si la toma de información no exhibe un número de control actualmente válido de la OMB. Consulte 44 U.S.C. 3512.

Se estima que la carga pública para elaborar informes de esta toma de información es en promedio de siete minutos por persona que responde. Se les sugiere a las partes interesadas que envíen comentarios sobre la carga estimada o sobre cualquier otro aspecto de esta toma de información, incluso sugerencias para reducir esta carga, a U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, Office of Policy and Research, Attention: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210 o email [ebsa.opr@dol.gov](mailto:ebsa.opr@dol.gov) con el Número de Control de la OMB de referencia 1210-0137.

Número de Control de la OMB 1210-0137 (vence el 31/1/2026)





*Prepared By*



Insurance Brokers &  
Consultants