



DERBY

PUBLIC SCHOOLS

2026 | Guía de Beneficios



¡Inscríbase en Línea!
mybenefitshub.com/usd260



Elegibilidad Inscribiéndose	4—5
Programa de Asistencia para el Empleado	6—7
Planes de Seguros Médicos	8—9
Primas Médicos	10—11
Información del Seguro Médico	12—14
Información de la Cuenta de Ahorros para la Salud	15
Información del Programa de Bienestar del Empleado	16—17
Seguro Dental	18—19
Seguro de la Vista	20—21
Cuentas de Gastos Flexibles	22—23
Seguro de Incapacidad	24
Seguro de Vida	25—27
3-en-1 Plan Complementario	28—29
Plan para Accidente Aflac	30
Plan para Enfermedad Grave Aflac	31
Plan de Indemnización Hospitalaria Aflac	32
LegalShield IDShield	33
Plan de Ahorros para Jubilación 403(b)	34—35
NEA, Derby Education Foundation, United Way	35
Avisos Legales	36—40
Sección de Notas	41—42
Información de Contacto	43

Su empleador ofrece Planes Hospitalario/Indemnización mediante Reliance Standard y Aflac. Por eso, este aviso es requerido en la primera página de la información del plan de beneficio que se le esta proveyendo.

Aviso del Plan Hospitalario/Indemnización Fija

IMPORTANTE: Este es una póliza de indemnización fija, NO seguro de salud.

Esta póliza de indemnización fija puede pagarle una cantidad fija de dólar si usted esta enfermo u hospitalizado. Usted todavía es responsable por pagar el costo de su cuidado.

- El pago que usted recibe no esta basado en la cantidad de sus facturad médicas.
- Puede haber un límite en cuanto puede pagar esta póliza cada año.
- Esta póliza no es un sustituto por seguro comprensivo de salud.
- Porque esta póliza no es seguro de salud; no tiene que incluir la mayoría de protecciones Federales del consumidor que aplican al seguro de salud.

¿Buscando para un seguro comprensivo de salud?

- Visite [Healthcare.gov](https://www.healthcare.gov) o llame 1-800-318-2596 (TTY:1-855-889-4325) para encontrar opciones de cobertura para la salud.
- Para ver si usted puede obtener seguro de salud mediante su trabajo, o el trabajo de un miembro familiar, contacte al empleador.

¿Preguntas sobre esta póliza?

Para preguntas o quejas sobre esta póliza, contacte a su Departamento Estatal de Seguro. Encuentre su número en el sitio Web de Asociación Nacional de Comisiones de Seguros (naic.org) bajo “Departamentos de Seguro.” Si tiene esta póliza mediante su trabajo, o trabajo de un miembro familiar, contacte al empleador.

website (naic.org) under “Insurance Departments”. If you have this policy through your job, or a family member’s job, contact the employer.

Estimados Empleados de Escuelas Públicas Derby,

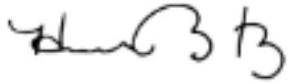
Nuestros empleados son el centro de todo lo que hacemos, haciendo realidad nuestra visión de que *cada estudiante, cada día, se prepare para el futuro*. Su salud, bienestar y seguridad financiera son esenciales para nuestro éxito compartido. Cada año, evaluamos cuidadosamente nuestro programa de beneficios para garantizar que siga brindando un apoyo significativo para usted y su familia

Al igual que muchas organizaciones, hemos experimentado un aumento en los costos de la atención médica en todo el país. A pesar de estos desafíos, mantenemos nuestro compromiso de ofrecer una cobertura médica integral de alta calidad y un paquete de beneficios competitivo. Nuestro objetivo es equilibrar la responsabilidad fiscal y, al mismo tiempo, mantenernos comprometidos con la salud y el bienestar de cada empleado. Seguiremos siendo proactivos y estratégicos en la gestión de estos costos mediante conversaciones continuas y priorizando los recursos de forma responsable. Antes del inicio del año escolar 2025-2026, la Mesa Directiva de Educación, en colaboración con la DNEA a través de la Negociación Basada en Intereses (IBB), aprobó \$450,000 para el personal certificado destinados a beneficios. Ningún empleado verá un aumento superior a \$40 al mes, y no hay cambios en las ofertas de beneficios en sí.

Además de la cobertura médica, dental y de la vista, nos enorgullece ofrecer una amplia gama de beneficios diseñados para apoyarle, incluyendo ahorros para la jubilación y programas de licencia, así como iniciativas de bienestar y oportunidades de crecimiento profesional. Le animamos a aprovechar al máximo estos recursos y a revisar detenidamente la guía de beneficios de este año.

Gracias por el trabajo que usted hace diariamente para server a nuestros estudiantes, familias, y comunidad. ¡Su dedicación y atención hace toda la diferencia!

Con aprecio,



Heather Bohaty
Superintendente de Escuelas

Información Importante de Beneficios

Acceso a Información de Beneficios: Información de beneficio esta publicada en el portal de beneficios, **THEbenefitsHUB**, y esta disponible para su revisión antes de realizar sus elecciones de beneficios. Para obtener copias del Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC), la Descripción del Resumen del Plan (SPD), la Póliza de Privacidad de HIPAA, Resúmenes de beneficios, enlaces del sitio web y formularios, visite **THEbenefitsHUB** at mybenefitshub.com/usd260

Información de Medicamento de Prescripción de Medicare: Su **Aviso de Medicare Parte D** esta localizado en los **Avisos Legales de este Guía de Beneficio**. Algunos otros avisos importantes incluyen CHIPRA, Recordatorio de Privacidad HIPAA, y Aviso de Opciones de Cobertura (Aviso del Mercado de Seguros). Si usted tiene alguna pregunta, favor de contactar a su equipo de Nominas/Beneficios en la oficina del Distrito.

Las Escuelas Públicas de Derby le ofrecen a usted y a sus familiares elegibles un programa integral de beneficios. Esta Guía de Beneficios proporciona información sobre los planes y programas de beneficios de salud y bienestar disponibles para los empleados elegibles del Distrito. Se ha hecho todo lo posible para garantizar la exactitud de la información contenida en este resumen. Sin embargo, en caso de discrepancia entre las disposiciones de beneficios descritas en este resumen y los documentos aplicables, prevalecerán las disposiciones descritas en los documentos del plan.

Los códigos QR de la Guía le facilitarán el acceso a información adicional sobre los beneficios ofrecidos. Le recomendamos que se tome el tiempo para informarse sobre sus opciones y elegir la mejor cobertura para usted y su familia.

Elegibilidad de Beneficio

Empleados elegibles y miembros familiares elegibles son permitidos en inscribirse en los beneficios descritos en este guía.

Empleados elegibles y miembros familiares incluyen:

- Empleados activos, de tiempo completo trabajando 20 horas o más por semana
- Cónyuge legal del empleado
- Hijos del empleado—hasta la edad 26— incluyendo hijastros, adoptados o niños de crianza, y cualquier niño de la cual usted tenga tutela legal o custodia ordenada por la corte. Edad del niño puede variar por el plan de beneficio. Un niño que no es capaz de mantenerse por si mismo debido a una discapacidad resultante de una condición física o enfermedad mental puede ser aprobado por encima del límite de edad permitido para niños.

¿Cuándo Llega a Ser Efectiva la Cobertura?

Beneficios para empleados elegibles, que hacen una elección oportuna, será efectiva de la siguiente manera:

- **Nuevas Contrataciones/Empleados Recientemente Elegibles**—el primero del mes siguiendo 30 días de empleo.
→ Elección debe ser hecha dentro los primeros 30 días de empleo/elegibilidad.
- **Cambios de elección debido a un Evento de Vida Que Califica** —el primero día del mes siguiendo fecha de evento, a menos que nacimiento de niño de la cual cobertura es efectiva el día del evento
→ Elección debe ser hecha de acuerdo con los parámetros previstos a continuación para *Eventos de Vida Calificados*
- **Elecciones de Inscripción Abierta** —1^{ro} de enero, 2026
→ Inscripción abierta se lleva a cabo en el otoño. Fechas de inscripción abierta serán comunicadas a los empleados.

Eventos de Vida Calificados

Las regulaciones del Impuesto Interno requieren que, una vez inscrito, no puede cambiar sus elecciones de beneficios hasta el próximo período de inscripción abierta. Fuera del Periodo Anual de Inscripción Abierta, no puede realizar cambios en sus beneficios a menos que tenga ciertos eventos de vida calificados/eventos de cambio de estado. Es posible que se le solicite que proporcione una prueba del evento. Los eventos de vida calificados/eventos de cambio de estado incluyen:

- matrimonio, divorcio, separación legal
- nacimiento, adopción, tutela legal u orden de manutención médica infantil
- cambio en estado de dependencia del niño (por ejemplo, cumpliendo 25 años)
- fallecimiento de cónyuge, hijo u otro dependiente calificado
- cambio en residencia debido a un traslado de empleo par a usted o su cónyuge
- cambio en los beneficios o estado de empleo del cónyuge que afecta su estado de elegibilidad
- Pérdida de cobertura de grupo en la inscripción abierta de otro plan de salud o pérdida de elegibilidad mediante el Mercado (Pérdida de cobertura debido a fracaso de pagar primas no constituye un cambio de elección a mitad del año)
- Individuo llega a ser eligible/inelegible para Medicaid/Medicare

FAVOR DE NOTAR: Usted debe notificar al Departamento de Nómina/Beneficios de cualquier evento de vida calificante dentro de 30 días de la fecha del evento calificante si usted esta pidiendo una petición en cambio de beneficios (o 60-días si la elección del evento de cambio es un derecho de inscripción especial relacionado a elegibilidad para un subsidio de Asistencia para la prima Estatal o relacionada con una pérdida de elegibilidad para Medicaid o SCHIP). Cambios relacionados debido a un evento que califica deben ser coherentes con el evento.

Empleados deben iniciar sesión en el Portal de Beneficios del Empleado **THEbenefitsHUB** para inscribirse o rechazar cobertura. Haga un clic aquí → [Enrollment Instruction Guide](#) para ver las instrucciones de inscripción general.

mybenefitshub.com/usd260

Usted necesitará iniciar sesión aun si no planea en inscribirse en ningún beneficio. Si no desea inscribirse en un beneficio usted rechazará/renunciará cobertura para cada beneficio.

El Distrito provee a empleados elegibles con una póliza de seguro de vida a NINGUN COSTO AL EMPLEADO. Usted necesitará proveer información de beneficiario para la póliza de seguro de vida. Usted no podrá renunciar esta cobertura.

Inicio de sesión requiere autenticación múltiple factor. En la página de inicio de sesión, deberá ingresar su apellido, fecha de nacimiento y los últimos cuatro dígitos de su número de seguro social. Una vez que haya completado la información de identificación, haga clic en iniciar sesión, lo que lo llevará a una pantalla para seleccionar el método con el que desea recibir la verificación de seguridad adicional. Seleccione el método para recibir el código de seguridad. Una vez que reciba el código de seguridad, deberá ingresarlo y hacer clic en "Verificar" para completar el proceso de inicio de sesión. Luego, podrá continuar en el sistema para completar su inscripción a los beneficios.

Una vez que haya cambiado su contraseña, usted comenzará a proveer información como sea requerida en cada página. En la parte inferior de cada página habrá un botón Aceptar, Guardar y Continuar o Finalizar. Usted debería continuar a través del proceso completo de inscripción hasta el final, de la cual será evidente cuando usted llegue a la pantalla de Formulario de Inscripción Consolidada con una marca de verificación verde.

CONSOLIDATED ENROLLMENT FORM



CONGRATULATIONS!

You have successfully completed your online enrollment!

Usted debe hacer sus elecciones de beneficio dentro de 30 días de su fecha de contratación/elegibilidad o usted no será eligible para elegir beneficios hasta el próximo periodo de inscripción anual. Una vez que haya hecho sus elecciones usted no podrá cambiarlos hasta el próximo periodo de inscripción abierta a menos que tenga un evento calificado.

¿Preguntas?

Si tiene alguna pregunta o tiene alguna dificultad en el proceso de inscripción, favor de ponerse en contacto con el Equipo de Beneficios de Derby en el Departamento de Nomina/Beneficios del Distrito o nuestro Compañero Consultante de Beneficios, Brown & Brown, Inc.



Departamento de Nomina/ Beneficios

Mary Shannon

mshannon@usd260.com
(316) 788-8413

Rachael Hochstetler

rhochstetler@usd260.com
(316) 788-8422

Denise Bird

dbird@usd260.com
(316) 788-8444



Jennifer Kurth

Jennifer.kurth@bbrown.com
(316) 448-5114

Ruth Shank

Ruth.shank@bbrown.com
(316) 448-5118

BIENVENIDOS A UNA ATENCIÓN EQUILIBRADA PARA UNA VIDA MEJOR. El Programa de Asistencia para el Empleado (EAP) Lucet - anteriormente New Direction Behavioral Health— tiene las herramientas y recursos diseñados para ayudarle a superar los desafíos de la vida que le pueden afectar su salud, vida familiar o desempeño del trabajo. Lucet se basa en la creencia de que la verdadera buena salud proviene del cuidado equilibrado del cuerpo y la mente.

TODO EMPLEADO DE ESCUELAS PÚBLICAS DERBY USD 260, AL IGUAL DE MIEMBROS FAMILIARES INMEDIATOS (CÓNYUGE/ HIJOS), SON PROVISTOS CON LOS BENEFICIOS DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA EL EMPLEADO, SIN NINGÚN COBRO. Nosotros comprendemos la importancia de ayudar a nuestros empleados para que usted pueda estar mejor equipado para prepararse para si mismo y enfrentar los desafíos diariamente.

**La vida sucede sin
importar el día ni la hora.
Lucet EAP esta disponible
24 horas al día,
365 días al año.**

- Reciba apoyo cuando no se sienta como si mismo
- Obtenga ayuda con responsabilidades que son destructivos o estresantes
- Mejore sus relaciones personales
- Obtenga atención después de un evento o diagnóstico traumático
- Tome decisiones de estilo de vida saludables
- Mejore e inspire su vida diaria
- Este más presente y productivo en el trabajo
- Desarrolle habilidades personales y profesionales
- Con consejo o preguntas legales
- Asistencia con presupuesto o preocupaciones financieras

Oferta de Asistencia al Empleado

EVALUACIÓN Y REFERENCIAS: Los expertos en salud conductual brindan apoyo a los empleados que buscan ayuda. Evalúan a las personas y las derivan a la atención adecuada, que incluye asesoramiento, recursos comunitarios o un plan de salud.

ASESORAMIENTO: Profesionales certificados, licenciados y apasionados están disponibles ayudarle a gestionar casi todos los aspectos de su vida. Existen varias formas diferentes de acceder a lo que necesita: asesoramiento presencial, en línea y por teléfono. Comuníquese al 800-624-5544 para acceder a asesoramiento en persona o por teléfono. **Hasta seis (6) sesiones cara a cara son disponibles para cada problema.**

ENTRENAMIENTO DE VIDA: Servicios de entrenamiento de vida fomenta el autoconocimiento y te ayuda a aclarar tus visiones, valores, intenciones y objetivos. Este servicio aprovecha las fortalezas que ya tienes para ayudarte a establecer y alcanzar tus objetivos. Con el entrenamiento puedes programar sesiones telefónicas con un entrenador calificado, trabajar con él para establecer y alcanzar objetivos e identificar recursos para mantenerte en el buen camino. Los temas del entrenamiento pueden incluir el manejo del estrés, la armonía entre el trabajo y la vida, la gestión del tiempo, los desafíos personales y más.

CONSULTA Y RECURSOS LEGALES Y FINANCIERAS: Navegando finanzas y/o sistema legal puede ser abrumador y confuso. Afortunadamente, su EAP puede ayudarle con servicios como una consulta gratuita de 30 minutos con un experto financiero certificado o un abogado, herramientas en línea que incluyen plantillas de presupuesto, calculadoras financieras, documentos de preparación de impuestos, creador de testamentos, acuerdos comerciales y otros documentos legales, y recursos y hojas de consejos.

SERVICIOS EN LÍNEA: El completo sitio web facilita el acceso a información sobre los beneficios del EAP y la solicitud de servicios. El sitio web y la aplicación ofrecen referencias a través de la admisión en línea, recursos para el consumo de sustancias, recursos de capacitación, kits de herramientas de salud mental, seminarios web mensuales en vivo y una completa biblioteca de recursos.

2026 | Programa de Asistencia para el Empleado

SERVICIOS DE TRABAJO/VIDA LUCENT están disponibles a usted para ayudarle a abordar las preocupaciones de la vida diaria para que pueda concentrarse en el trabajo y estar más presente en casa. Sus especialistas están calificados para ayudarle a encontrar proveedores, recursos y referencias para una variedad de problemas y necesidades de la vida.

Familia y Cuidado

- Cuidado de día del niño y adulto
- Programas después de escuela
- Cuidado de necesidades especiales
- Educación y tutores
- Cuidado en casa
- Vivienda para personas mayores
- Servicios de Adopción

Educación

- Tutor y preparación para prueba
- Escuelas públicas, privadas, y de especialidad
- Educación de continuación
- Ayuda financiera y becas
- Consulta para colegio

Vida Diaria

- Mantenimiento del hogar
- Seguro de mascota o entrenadores
- Mudanza y reubicación
- Transportación
- Comidas y comestibles

Conserje

- Planificación de viaje
- Renta de automóvil
- Comida y entrenamiento
- Recursos de Presupuesto
- Legal comunitario

Carrera y Trabajo

- Edición de currículos y servicios de redacción
- Recursos para la colocación laboral
- Consejo de carrera
- Recursos comunitarios
- Consejos para entrevista

Salud y Bienestar

- Proveedores de la atención de salud
- Atención especializada
- Gimnasios y centros de ejercicio
- Nutricionistas
- Entrenadores de salud
- Proveedores de medicina alternativa

Centro de Recursos Lucet

A veces, las personas no están seguras de si deberían buscar tratamiento o no. El Centro de Recursos del EAP ofrece información confiable sobre una variedad de temas de salud mental y conducta. Lucet lo guiará hacia los recursos adecuados sin importar en que etapa de su proceso de salud se encuentre.

Del Centro de Recursos del EAP, puede investigar y encontrar información como:

- ¿Que clase de proveedor necesito?
- Preparándose para una visita
- Recursos Comunitarios
- Plan de Bienestar
- Centro de Trastorno por Consumo de Sustancia
- Guía para la Depresión
- Guía para ADHD
- ¡Y más!



EAP
Overview Video

Lucet Programa de Asistencia para el Empleado

(800) 624-5544

eap.lucethealth.com

Login code: usd260

Todo servicio mediante el Programa de Asistencia del Empleado es completamente confidencial.

Lucet

Employee
Assistance Program

2026 | Seguro Médico

Escuelas Públicas Derby USD 260 ofrece tres opciones de planes médicos a través de las opciones de planes de Blue Cross Blue Shield of Kansas ('BCBSKS'). Debe considerar las diferencias entre los planes al elegir la opción que mejor se adapte a sus necesidades y las de su familia.

BENEFICIOS EN LA RED	OPCIÓN 1 \$1,500	OPCIÓN 2 \$2,500	OPCIÓN 3 \$3,500 QHDHP
Eligible para Cuenta de Ahorros para la Salud	No	No	Si
Deducible Anual (Por Año de Calendario)	\$1,500 Individuo \$3,000 Familia	\$2,500 Individuo \$5,000 Familia	\$3,500 Individuo \$7,000 Familia
Coaseguro	20%	20%	0%
Coaseguro es aplicable hasta que el Máximo Desembolso Anual sea cumplido			
Máximo de Desembolso Anual Individuo Familia	\$6,350 \$12,700	\$6,350 \$12,700	\$6,350 \$12,700
El desembolso máximo anual incluye deducible, coaseguro y copagos. Una vez alcanzado el desembolso máximo anual, todos los beneficios dentro de la red se pagarán al 100 % durante el resto del período de beneficios.			
VISITAS AL CONSULTORIO DEL MEDICO	OPCIÓN 1	OPCIÓN 2	OPCIÓN 3
Copago por Visitas a Domicilio y al Consultorio	Atención Primaria ¹ : \$35 Especialista: \$70	Atención Primaria ¹ : \$35 Especialista: \$70	Deducible
Atención Preventiva ²	Pagado al 100% del cargo permitido		
SERVICIOS MÉDICOS	OPCIÓN 1	OPCIÓN 2	OPCIÓN 3
Sala de Emergencia	\$250 copago; luego sujeto a deducible/coaseguro	\$250 copago; luego sujeto a deducible/coaseguro	Deducible
Transporte Médico de Emergencia	Deducible/Coaseguro	Deducible/Coaseguro	Deducible
Cirugía de Paciente Hospitalizado	Deducible/Coaseguro	Deducible/Coaseguro	Deducible
Tarifa de Instalación para Pacientes Hospitalizados	Deducible/Coaseguro	Deducible/Coaseguro	Deducible
Cirugía Ambulatoria	Deducible/Coaseguro	Deducible/Coaseguro	Deducible
Laboratorio y Radiología para Pacientes Ambulatorios (incluye Imagen Avanzada)	Pagado al 100% hasta un máx. \$300 por persona cubierta; luego sujeto a deducible/coaseguro		Deducible
Rehabilitación de Paciente Ambulatorio	Deducible/Coaseguro	Deducible/Coaseguro	Deducible
Hospicio	Deducible/Coaseguro	Deducible/Coaseguro	Deducible
SALUD MENTAL/COMPORTAMIENTO	OPCIÓN 1	OPCIÓN 2	OPCIÓN 3
Paciente Hospitalizado ³	Deducible/Coaseguro	Deducible/Coaseguro	Deducible
Paciente Ambulatorio	\$35 copago	\$35 copago	Deducible

COBERTURA DE MEDICAMENTOS	OPCIÓN 1 \$1,500	OPCIÓN 2 \$2,500	OPCIÓN 3 \$3,500 QHDHP
Lista de Medicamento de Prescripción (PDL): Lista de Resultados del Formulario de BCBSKS			
Farmacia Minorista (suministro de 30 días)	Copagos	Copagos	Sujeto a Deducible
Genérico	\$15	\$15	Una vez alcanzado el deducible, se aplicará un copago con los mismos niveles de copago que se indican en las opciones 1 y 2
Marca Preferida	\$50	\$50	
Marca no Preferida	\$75	\$75	
Especialidad Preferida	\$150	\$150	
Especialidad No Preferida	20% hasta \$250	20% hasta \$250	
Otras disposiciones de cobertura de medicamentos incluyen: genéricos obligatorios ⁴ , farmacia especializada designada			

¹Los proveedores de atención primaria incluyen médicos generales, médicos de familia, médicos internos, pediatras, obstetras y ginecólogos, y servicios ambulatorios de salud mental y conductual. Se paga un examen ocular de rutina como copago por visita al consultorio del proveedor de atención primaria. Las visitas posteriores al examen ocular se pagan como copago por especialista.

²Los servicios de atención preventiva adecuados pueden variar para cada persona en función de la edad, el sexo y otros factores de riesgo, incluidos los antecedentes médicos familiares. En el sitio web de BCBSKS se encuentra disponible orientación adicional sobre los procedimientos cubiertos por la ACA: www.bcbsks.com/health-and-wellness/preventive-health

³Se requiere certificación previa a la admisión de Lucet al 1-800-952-5906

⁴Los medicamentos genéricos son obligatorios a menos que el médico que los recetó haya otorgado la autorización para recibir el medicamento de marca. Si el miembro no tiene la autorización del médico, el miembro es responsable de cualquier diferencia de costo que supere el copago. Para cualquier medicamento recetado incluido en el Índice Terapéutico Limitado, el miembro puede recibir el medicamento de marca y no se le cobrará la diferencia de costo entre el medicamento de marca y el genérico.

⁵BCBSKS requiere el uso de una farmacia especializada preferida, que beneficia a los miembros con afecciones que requieren medicamentos especiales. Llame al (833) 721-1620 o visite www.bcbsks.com/prescription-drugs/specialty para más información.

⁶Al comprar ciertos medicamentos, es posible que un miembro del equipo de FlexAccess se comunice con usted por teléfono para registrarlo en el programa de asistencia para copagos del fabricante del medicamento y así ayudar a minimizar nuestros gastos de bolsillo. Si decide no registrarse, si de otra manera es elegible para la asistencia, entonces será responsable del costo total del medicamento. (FlexAccess no está disponible para los miembros inscritos en la Opción 4).

⁷El programa de pedidos por correo se realiza a través de Express Scripts y ofrece entrega a domicilio con los más altos estándares de calidad, seguridad y servicio para sus necesidades de medicamentos recetados. El pedido por correo permite un suministro de hasta 90 días con un copago de 2 -1/2 del precio minorista. El pedido por correo no está disponible para todos los medicamentos. Puede llamar al (833) 599-0511 o visitar www.bcbsks.com/prescription-drugs/mail-order para iniciar el proceso de pedido por correo.

⁸Los miembros tienen acceso a la Red de Suministro Extendido, que permite la compra de medicamentos recetados, hasta un suministro de 90 días, en farmacias minoristas participantes. El suministro diario está sujeto al copago correspondiente por cada suministro de 30 días. Pregunte en su farmacia si es una farmacia de la Red de Suministro Extendido de BCBSKS o llame al servicio de atención al cliente de BCBSKS para obtener ayuda para localizar una farmacia de la Red de Suministro Extendido.



2026 | Primas del Seguro Médico

12 NOMINAS

	SIN TABACO/SIN-NICOTINA + BIENESTAR			SIN-TABACO/SIN-NICOTINA (SIN BIENESTAR)		
12 nóminas	Plan 1 \$1,500	Plan 2 \$2,500	Plan 3 \$3,500 QHDHP	Plan 1 \$1,500	Plan 2 \$2,500	Plan 3 \$3,500 QHDHP
Solo EE	\$89.65	\$67.54	\$46.22	\$114.65	\$92.54	\$71.22
EE+ SP	\$373.54	\$330.90	\$290.64	\$398.54	\$355.90	\$315.64
EE+ CH	\$285.90	\$245.62	\$207.73	\$310.90	\$270.62	\$232.73
Familia	\$857.08	\$794.69	\$733.89	\$882.08	\$819.69	\$758.89

21 NOMINAS

21 nóminas	Plan 1 \$1,500	Plan 2 \$2,500	Plan 3 \$3,500 QHDHP	Plan 1 \$1,500	Plan 2 \$2,500	Plan 3 \$3,500 QHDHP
Solo EE	\$51.23	\$38.59	\$26.41	\$65.51	\$52.88	\$40.70
EE+ SP	\$213.45	\$189.09	\$166.08	\$227.74	\$203.37	\$180.37
EE+ CH	\$163.37	\$140.35	\$118.70	\$177.66	\$154.64	\$132.99
Familia	\$489.76	\$454.11	\$419.37	\$504.05	\$468.39	\$433.65

26 NOMINAS

26 nóminas	Plan 1 \$1,500	Plan 2 \$2,500	Plan 3 \$3,500 QHDHP	Plan 1 \$1,500	Plan 2 \$2,500	Plan 3 \$3,500 QHDHP
Solo EE	\$41.38	\$31.17	\$21.33	\$52.92	\$42.71	\$32.87
EE+ SP	\$172.40	\$152.72	\$134.14	\$183.94	\$164.26	\$145.68
EE+ CH	\$131.95	\$113.36	\$95.88	\$143.49	\$124.90	\$107.41
Familia	\$395.58	\$366.78	\$338.72	\$407.11	\$378.32	\$350.26

INCENTIVO DE BIENESTAR

Los empleados del seguro médico del distrito que participan en el Programa de Bienestar de los Empleados reciben un incentivo de prima mensual para las contribuciones a la prima médica. Los empleados deben cumplir al menos los estándares mínimos de participación para recibir el incentivo de bienestar. Los estándares mínimos de participación son:

1. Participe en uno de los eventos de detección biométrica organizados por el Distrito o hágase un examen físico a través de su proveedor de atención médica y envíe un formulario médico a la coordinadora de bienestar de los empleados del Distrito, Annie Vigil; y
2. Gane al menos 200 puntos participando en las actividades del programa de incentivos de bienestar aprobado.

Vea páginas 16—17 para información adicional del Programa de Bienestar del Empleado de Escuelas Públicas Derby.

2026 | Primas del Seguro Médico

TABACO/NICOTINA + BIENESTAR				TABACO/NICOTINA (SIEN BIENESTAR)			
12 NOMINAS	12 nóminas	Plan 1 \$1,500	Plan 2 \$2,500	Plan 3 \$3,500 QHDHP	Plan 1 \$1,500	Plan 2 \$2,500	Plan 3 \$3,500 QHDHP
	Solo EE	\$114.65	\$92.54	\$71.22	\$139.65	\$117.54	\$96.22
	EE+ SP	\$398.54	\$355.90	\$315.64	\$423.54	\$380.90	\$340.64
	EE+ CH	\$310.90	\$270.62	\$232.73	\$335.90	\$295.62	\$257.73
	Familia	\$882.08	\$819.69	\$758.89	\$907.08	\$844.69	\$783.89
21 NOMINAS	21 nóminas	Plan 1 \$1,500	Plan 2 \$2,500	Plan 3 \$3,500 QHDHP	Plan 1 \$1,500	Plan 2 \$2,500	Plan 3 \$3,500 QHDHP
	Solo EE	\$65.51	\$52.88	\$40.70	\$79.80	\$67.17	\$54.98
	EE+ SP	\$227.74	\$203.37	\$180.37	\$242.02	\$217.66	\$194.65
	EE+ CH	\$177.66	\$154.64	\$132.99	\$191.94	\$168.93	\$147.27
	Familia	\$504.05	\$468.39	\$433.65	\$518.33	\$482.68	\$447.94
26 NOMINAS	26 nóminas	Plan 1 \$1,500	Plan 2 \$2,500	Plan 3 \$3,500 QHDHP	Plan 1 \$1,500	Plan 2 \$2,500	Plan 3 \$3,500 QHDHP
	Solo EE	\$52.92	\$42.71	\$32.87	\$64.45	\$54.25	\$44.41
	EE+ SP	\$183.94	\$164.26	\$145.68	\$195.48	\$175.80	\$157.22
	EE+ CH	\$143.49	\$124.90	\$107.41	\$155.03	\$136.44	\$118.95
	Familia	\$407.11	\$378.32	\$350.26	\$418.65	\$389.86	\$361.80

USO DE TABACO/NICOTINA

Escuelas Públicas Derby USD 260 reconoce el valor de la salud de los empleados y los innumerables beneficios para la salud que supone no consumir tabaco ni nicotina. Los empleados del distrito que se consideren consumidores de tabaco o nicotina pagarán más por mes en primas médicos.

Un empleado se considera no consumidor de tabaco/nicotina si no ha consumido ningún tipo de producto de tabaco/nicotina (incluidos, entre otros, cigarrillos, pipas, puros, tabaco para masticar y sistemas electrónicos de suministro de nicotina) durante un mínimo de 90 días (dentro o fuera del trabajo) y continúa sin consumir tabaco.

Los sistemas electrónicos de suministro de nicotina se conocen comúnmente como cigarrillos electrónicos, pero también se conocen como e-cigs, vaporizadores, hookahs electrónicos, pipas electrónicas, tanques, mods, vaporizadores y más.

Los planes médicos que se ofrecen en las Escuelas Públicas de Derby, a través de Blue Cross Blue Shield of Kansas, permiten cobertura dentro y fuera de la red. Sin embargo, sus gastos de bolsillo son menores cuando obtiene servicios de proveedores e instalaciones participantes dentro de la red. Asegúrese de evaluar las diferencias utilizando las cuadrículas de resumen de beneficios en las páginas anteriores o consulte los Resúmenes de Cobertura de Beneficios (SBC) que están disponibles en el portal de beneficios **THEbenefitsHUB**.

Dos de los tres planes médicos que se ofrecen son planes médicos tradicionales “estándar” (Opciones 1 y 2), lo que significa que los servicios cubiertos estarán sujetos a un copago y/o deducible/coaseguro. Los medicamentos recetados en los planes “estándar” están sujetos a un copago. El otro plan que se ofrece (Opción 3) es un “plan de salud calificado con deducible alto (QHDHP)”. Todos los servicios cubiertos, incluidos los medicamentos recetados, están sujetos al deducible. La inscripción en un QHDHP aún tiene la ventaja de los descuentos que BCBSKS ha negociado con los proveedores para los servicios/productos, pero el miembro es responsable del 100 % de la cantidad facturada hasta que se haya alcanzado el deducible.

Portal BlueAccess para Miembro de BCBSKS

Para acceso a herramientas y recursos valiosos para mejorar su membresía con BCBSKS, usted quiere establecer una cuenta de BlueAccess®. Siga los siguientes pasos para establecer su cuenta.



1. Escanee el Código QR a la derecha o vaya a bcbsks.com/blueaccess. Si se inscribe por primera vez, deberá tener disponible su tarjeta de identificación de BCBSKS para su número de identificación y número de grupo.
2. Complete los pasos para Verificación del Miembro, la Configuración y Preferencias de la Cuenta, la Configuración de Verificación de Dos Pasos, y Revisión y Creación de la Cuenta

Una vez que haya creado su cuenta, puede iniciar sesión en cualquier momento para acceder a información específica de los miembros, incluida la búsqueda de proveedores de la red Blue Choice, ver/imprimir su tarjeta de identificación, revisar sus reclamación, acceder a descuentos y cupones, realizar una evaluación de riesgos de salud, establecer objetivos y monitorear su progreso, obtener asistencia en una dieta y un plan de ejercicio personalizado para usted, y más.

Si aún no está inscrito en el plan, pero desea buscar un proveedor para verificar su estado dentro de la red, puede visitar el sitio web de BCBSKS para buscar un médico/hospital. Asegúrese de tener seleccionada la red **Blue Choice Preferred-Care Blue** cuando ingrese su búsqueda para encontrar la atención que necesita.

Información de Prescripción de Medicamento BCBSKS

Descubra si el medicamento recetado está cubierto buscando en la **Lista de medicamentos de Results Rx** a través del formulario de medicamentos de Prime Therapeutics.

Para obtener el mejor resultado, específico para su cobertura, inicie sesión en su cuenta de BlueAccess y haga clic en Medicamentos con receta. Si aún no está inscrito en el plan, puede buscar medicamentos en <https://www.myprime.com/en/medicines.html#find-medicine>

Lista de Medicamentos Recetados

Los planes de BCBSKS ofrecidos por su empleador utiliza la lista de medicamentos de **ResultsRx**. Debe verificar que esta sea la lista de medicamentos elegida al buscar cobertura de medicamentos recetados.



Cambio en el Resurtido de Medicamentos Recetados: vigente a partir del 1 de enero de 2026: Blue Cross Blue Shield permitirá recargas de medicamentos recetados limitando el exceso de suministro a 9 días dentro de un período continuo de 180 días.

Anteriormente, se permitían resurtidos al 75% del suministro diario del resurtido anterior. Sin supervisión, esta práctica permitía a los afiliados resurtir sus recetas antes de tiempo cada mes, lo que provocaba una acumulación de medicamentos excedentes. Dado el alto costo de los medicamentos, en general, esta práctica contribuía a un desperdicio considerable y a

Atención Preventiva

Como recordatorio, la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA) exige que los planes sin derechos adquiridos cubran ciertos servicios preventivos al 100%, para que no tenga que pagar nada más allá de su prima mensual por estos servicios. Los servicios preventivos deben ser proporcionados por un proveedor contratado elegible.

Los servicios de atención preventiva adecuados pueden variar para cada persona según la edad, el sexo y otros factores de riesgo, incluyendo el historial médico familiar. Puede encontrar información adicional sobre los procedimientos cubiertos por la ACA en el sitio web de BCBSKS: www.bcbsks.com/health-and-wellness/preventive-health



BCBSKS HealthyOptions

Con su cobertura BCBSKS, usted tiene acceso a la gestión de casos, gestión de enfermedades, gestión de programas de bienestar y más. Estos programas pueden ayudarle vivir un estilo de vida saludable. Visite www.bcbsks.com/health-and-wellness para aprender más.



Gestión de Enfermedad: El personal de enfermería de BCBSKS ofrece apoyo personalizado a los afiliados por teléfono para ayudarles a desarrollar hábitos de autocuidado. Considere inscribirse si padece alguna de estas afecciones: asma, EPOC, diabetes, cardiopatías, hipertensión arterial o colesterol alto. Para obtener más información y comenzar a participar, llame al (800) 520-3137.

Gestión de Caso: Un administrador de casos trabajará con el miembro y su equipo de atención médica para coordinar los servicios y satisfacer sus necesidades de manera eficiente y rentable. Para más información, envíe su solicitud o comentarios a CMManagers@bcbsks.com o llame al (800)-432-0216, ext. 6628.

Gestión de Bienestar: El personal de enfermería de BCBSKS ofrece apoyo personalizado a los afiliados mediante llamadas telefónicas para ayudarles a desarrollar hábitos de autocuidado. BCBSKS ofrece programas para dejar de fumar, bajar de peso, controlar el estrés y para la maternidad. Para más información, llame al (800) 520-3137 de 8:00 a.m. a 4:30 p.m., de lunes a viernes.

Programa de Diabetes Tipo 2

Blue Cross Blue Shield de Kansas comprende el impacto que la diabetes tipo 2 puede tener en un miembro y el costo asociado a su diagnóstico. Por eso, BCBSKS se ha asociado con Virta Health para brindar apoyo y tratamiento a personas con diabetes tipo 2. Virta es un tratamiento basado en investigaciones que ayuda a controlar el azúcar en la sangre, reducir o eliminar los medicamentos para la diabetes y es una forma segura y sostenible de perder peso.

Los afiliados elegibles deben recibir comunicaciones de BCBSKS (generalmente por correo electrónico si está registrado en BCBSKS o por correo postal) con información para inscribirse en el programa. También pueden llamar a Servicios para Miembros de BCBSKS para consultar sobre su elegibilidad. Para obtener más información sobre Virta, visite info.virtahealth.co/bcbsks1

SmartShopper®

Con SmartShopper®, puede comparar fácilmente centros médicos de la red, convenientes y de alta calidad, para recibir atención médica frecuente y ser redirigido al centro más económico de su elección. Además de reducir costos, puede obtener una parte del ahorro total en recompensas en efectivo de \$20 a \$425. Para obtener más información sobre el programa SmartShopper®, visite <https://www.bcbsks.com/mysmartshopper>



Nota: Los procedimientos incentivados cubiertos a través del programa SmartShopper® deben programarse en línea accediendo a través de su cuenta BlueAccess o programándolos a través del Equipo de Conserjería de Atención SmartShopper® al 866-820-6426.

Servicios de Telesalud BCBSKS a Traves de AmWell

Telesalud es una manera rápida, conveniente de ver a un doctor virtualmente o conectarse vía una llamada telefónica. **Si usted esta cubierto en un plan médico ofrecido por Derby USD 260 mediante cobertura de Blue Cross Blue Shield of Kansas usted puede tener una visita en vivo en su computadora o dispositivo móvil con un doctor a cualquier hora que funcione para usted.** Usted puede llamar por servicios si usted no tiene un teléfono inteligente o una tableta. Blue Cross provee servicios de telesalud mediante American Well® (Amwell). Es fácil de usar, asequible, privado y seguro.

\$0*

Telehealth Consultation for qualified Primary Care Providers. Fees may apply for other covered services. *Must be enrolled in medical plan Option 1 or 2 for \$0 telehealth consultations to apply.



La telesalud le permite interactuar con un médico cuando le resulte conveniente para afecciones comunes, como resfriado, infección sinusal, gripe, conjuntivitis, infección de oído, sarpullido, migraña, dolor de estómago y más. El uso de los servicios de AmWell puede ser una opción conveniente para buscar atención sin tener que salir de su casa o del trabajo. Usted, su cónyuge y/o sus hijos, que están cubiertos por su plan de BCBSKS, son elegibles para los servicios de telesalud. Un cónyuge debe crear su propia cuenta de Amwell, pero los hijos o dependientes menores de 18 años pueden agregarse a su cuenta y realizar visitas al médico en su nombre. Primero debe registrarse y luego puede agregar a su hijo o dependiente a la cuenta. Los hijos o dependientes mayores de 18 años deben crear su propia cuenta de Amwell.

- Disponible nacionalmente, 24/7/365
- Prescripciones Convenientes: Si medicamento es recetado, toda prescripción puede ser recogida en su Farmacia local
- Pago fácil: Pague por visita con tarjetas de crédito, debito o tarjetas de HSA/FSA (si aplicable)

Los servicios de salud conductual y asesoramiento, conocidos como teleterapia, también están disponibles a través de los terapeutas autorizados de Amwell, que pueden brindar tratamiento para varias afecciones, entre ellas, ansiedad, trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), estrés, duelo, trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), ataques de pánico, depresión, trauma/trastorno de estrés postraumático. Los terapeutas estarán disponibles a pedido o con cita previa de 7 a. m. a 11 p. m., hora local, los 7 días de la semana.

****Las visitas virtuales tendrán un copago de \$0 por la consulta si está inscrito en la opción médica 1 o 2; si está inscrito en la opción 3, la consulta virtual estará sujeta a su deducible al cargo permitido por la consulta. También debe preguntarle a su propio médico sobre sus opciones de visitas virtuales.**

Regístrese para una visita de telesalud y conéctese con un doctor certificado por la mesa en su área.

1. Descargue la aplicación de Amwell en cualquier dispositivo móvil.
2. ¿En una computadora? Visite bcbsks.com/telehealth para comenzar.
3. ¿No tiene un teléfono inteligente o una tableta? Llame (844) SEE-DOCS

Obtenga Más Información

Escanee código QR | bcbsks.com/telehealth | support@amwell.com | (844) 733-3627



2026 | Cuenta de Ahorros para la Salud

Las cuentas de ahorro para gastos médicos (HSA, por sus siglas en inglés) son una excelente manera de ahorrar dinero y pagar de manera eficiente los gastos médicos. Las HSA son cuentas de ahorro con ventajas impositivas que acompañan a los planes de salud con deducible alto (HDHP, por sus siglas en inglés) calificados. Una HSA puede ser un gran activo a medida que ahorra y paga las facturas médicas porque le brinda ventajas impositivas, más control sobre sus propios gastos y la capacidad de ahorrar para gastos futuros.

Las HSA son propiedad de los empleados, lo que significa que usted se lleva consigo la HSA si cambia de empleador. Los fondos no utilizados pueden generar intereses y pueden invertirse hasta que se retiren para gastos elegibles o al jubilarse. Usted reserva dinero antes de impuestos, lo que significa que mientras utilice el dinero para gastos elegibles, no pagará impuestos sobre la renta por él.

Requisitos de Elegibilidad

- **Usted esta cubierto bajo OPCION 3—Plan de Salud de Alto Deducible \$3,500**
- Usted no esta cubierto bajo otro plan medico que no sea un QHDHP
- Usted no esta inscrito en beneficios de Medicare
- Usted no puede ser declarado en la declaración de impuestos de otra persona
- Usted no ha recibido beneficios de VA en los últimos tres meses
- Usted no esta participando en un FSA del cuidado de salud mediante su empleador o cualquier otro FSA del cuidado de salud (por ejemplo FSA del cónyuge)

Ventajas de HSA

- **Seguridad**—su HSA Puede proporcionar un colchón de ahorro para facturas médicas inesperadas o elevadas.
- **Flexibilidad**—usted puede usar su HAS para pagar por gastos médicos actuales o usted puede ahorrar sus fondos para gastos médicos futuros
- **Ahorros**—usted puede ahorrar dinero en su HSA para gastos médicos futuros, Todo esto mientras su cuenta crece a través de ganancias de inversión con impuestos diferidos.
- **Triple Ahorro Fiscal** — (1) deducciones fiscales cuando usted aporta a su cuenta; (2) ganancias libres de impuestos a través de inversiones; (3) retiros libres de impuestos para gastos médicos calificados
- **Portabilidad**—su HSA y el dinero que contiene le pertenecen a usted, no a su empleador o compañía de seguros, lo que significa que si cambia de trabajo o de cobertura médica, conserva su HSA.
- **Propiedad**—Los fondos permanecen en la cuenta de un año a otro. No hay reglas de “úsalo o piérdelo”

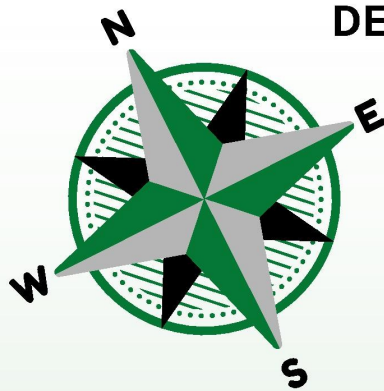
Las HSA están sujetas a límites máximos de contribución anual. Los montos varían según si la persona tiene cobertura HDHP individual o familiar; y los límites son indexados anualmente por el Impuesto Interno.

LÍMITES DE CONTRIBUCIÓN PARA CUENTAS DE AHORROS DE SALUD		
2026	Cobertura Única	Cobertura Familiar
Límite Anual	\$4,400	\$8,750
Contribuciones de Recuperación (edad 55+)	\$1,000	\$1,000

Otras Consideraciones

- **Necesitará completar la configuración de su cuenta HSA a través de Surency para que el Distrito deduzca de la nómina las contribuciones a la HSA antes de impuestos.**
- Debe establecer una cuenta HSA antes de poder usar fondos para gastos médicos calificados. Los costos médicos incurridos después de que su QHDHP entre en vigencia, pero antes de que se establezca su HSA, no se pueden pagar con dinero depositado en su cuenta HSA.
- Como titular de una cuenta HSA, usted es el responsable último de determinar si un gasto es elegible para un reembolso. Si un gasto de una cuenta HSA no se utiliza para un gasto médico calificado, deberá pagar el impuesto a las ganancias y una multa del 20 % sobre el monto utilizado (la multa del 20 % no se aplica a los pagos realizados después de su muerte o discapacidad, o después de que cumpla 65 años).
- Debe mantener registros adecuados de sus gastos para evitar dolores de cabeza fiscales más adelante; para protegerse en caso de que el IRS lo audite, mantenga registros de toda la documentación/gastos de la HSA como prueba de que los fondos se usaron para gastos calificados.
- Consulte al IRS o a un asesor legal/fiscal para todas las consultas fiscales.
- Para más información, refiera a [IRS Publicación 969](#)
- Para una lista completa de gastos elegibles favor visite: <http://www.irs.gov/pub/irs-pdf/p502.pdf>





DERBY PUBLIC SCHOOLS

2025-26

Wellness
Compass

EMPLOYEE INCENTIVE PROGRAM

Wellness Year Runs October 1, 2025 - September 30, 2026

1



DO THE WORK

Complete any of the activities listed on the flier, including the **required Physical or Biometric Screening**.

2



OBTAIN THE PROOF

You will need to provide proof of completed activities. For example, if you go to the doctor, get a doctor's note. You do not need to provide personal information.

3



CALCULATE YOUR POINTS

All points can be tracked on the Activities Log as reference to the activities you've completed. Add up your points and make sure you have a minimum of 200 points by the end of the Wellness Year.

4



TURN IN YOUR COMPLETED ACTIVITIES by 9/30

It is the employee's responsibility to keep track of their completed activities, points, and proof throughout the Wellness Year. On September 1st, an email will go out explaining how to submit your Activities Log with calculated points and proof.

5



NOVEMBER OPEN ENROLLMENT

If everything was completed, calculated, and turned in on time, employees enrolling in the district's medical insurance will receive the Wellness Incentive discount on their monthly premiums for the 2027 insurance year. Employees that are not enrolling in the district's medical insurance will be awarded a variety of other prizes (TBD).

PROMOTING A CULTURE OF HEALTH



2025-2026 | Programa de Bienestar

Activities		Max	Point Value	Earned Points
REQUIRED	PHYSICAL	1	25	
	OR		OR	
	BIOMETRIC SCREENING		50	
Dental Exam		1	10	
Vision Exam		1	10	
Age/ Gender Screening * Well Women * Well Man * Mammogram * Colonoscopy * Dermatology * Hearing * OB/GYN		4	10 each	
Vaccines - Flu and/or COVID		2	10 each	
CPR and First Aid Certification		1	50	
Self Care - Physical Therapy, Chiropractic Care, and/or Massage Therapy		4	10 each	
Wellness Speaker/ Class * Wellness Fair * Art * Cooking * Fitness * Dance * Self-Defense		6	15 each	
Blood or Plasma Donation		2	25 each	
30 Day Journals and Logs * Physical Activity * Food Journal * Volunteer Log * Healthy Mind Log		12	15 each	
Monthly Wellness Challenges * District Wide Monthly Challenge * Building Specific Monthly Challenge		8	25 each	
Self Help Management - Counseling or Courses, including but not limited to: * Financial * Personal * Depression * Weight Management, * Diabetes Management * Disease/ Chronic Illness Management * Addiction * Tobacco * Drug * Alcohol * Gambling		4	25 each	
Lucet - Employee Assistance Program • Services are free. Call 800-624-5544 or visit eap.lucethealth.com, code: usd260 * Counseling * Crisis Support * Coaching * Adult and Child Care Resources * Personal and Professional Training * Digital Behavior Health Tools • Consultation on: * Finances * Legal Needs * Managing Employees		6	25 each	
To complete the Wellness Incentive Program, employees are required to: • Have a Physical or Biometric Screening within the current Wellness Year • Earn a minimum of 200 points by the end of the current Wellness Year • Keep proof of their completed activities to turn in at the end of the current Wellness Year			Total Earned Points	



For questions and concerns about the Wellness Program, please contact Annie Vigil, avigil@usd260.com or Becky Moeder, rmoeder@usd260.com

2026 | Seguro Dental

Las Escuelas Públicas de Derby ofrecen el siguiente plan dental integral administrado por Delta Dental of Kansas. Usted tiene la libertad de acudir a cualquier dentista de su elección; sin embargo, puede haber una diferencia en la cantidad del pago si el dentista no es un dentista participante de Delta Dental. Dado que casi 4 de cada 5 dentistas en todo el país tienen contrato con Delta Dental, es muy probable que su dentista ya sea miembro.

El máximo Beneficio para todo servicio cubierto para cada persona inscrita en cualquier año de contrato es \$1,500.

El año de contrato es 1^{ro} de enero, 2026—31 de diciembre, 2026.

SERVICIOS DIAGNOSTICOS Y PREVENTIVOS—USTED PAGA 0%

DIAGNOSTICO

Incluye los siguientes procedimientos necesarios para evaluar las condiciones dentales existentes y cuidado dental requerido:

- Evaluaciones orales—dos (2) veces por año de contrato
- Radiografías de aleta de mordida—aleta de mordida dos (2) veces por año de contrato para dependientes menores de dieciocho (18) años y una vez cada doce (12) meses para adultos mayores de dieciocho (18) años
- Radiografías de boca complete o radiografías panorámicas—una cada cinco (5) años

PREVENTIVO

Provee por lo siguiente:

- Profilaxis (Limpiezas) - ilimitado
- Fluoruro Tópico—dos (2) veces por año de contrato para hijos dependientes menores de edad diecinueve (19)
- Selladores—una vez por vida para hijos dependientes menores de dieciséis (16) años cuando se aplica únicamente a molares permanentes sin caries ni restauraciones en la superficie oclusal y con la superficie oclusal intacta.
- Mantenedores de espacio—para hijos dependientes menores de catorce (14) años y sólo por pérdida prematura de molares primarios

Deducible aplica a Servicios Básicos y Mayores Solamente

Deducible Individual \$25 | Máximo Deducible Familiar \$75

SERVICIOS BÁSICOS—USTED PAGA 20% (SUJETO A DEDUCIBLE)

- Auxiliar: contempla un (1) examen de emergencia por año de contrato por parte del dentista para el alivio del dolor.
- Cirugía Oral—Provee para extracciones y otra cirugía oral incluyendo cuidados pre y postoperatorios
- Odontología restauradora regular: proporciona empastes de plata, empastes de resina (blancos) en todos los dientes y coronas de acero inoxidable para dependientes menores de doce (12) años.

- Endodoncia: incluye procedimientos para tratamientos de conductos radiculares y empastes de conductos radiculares. Cuando está cubierto, el pago por el tratamiento de conductos radiculares se limita a solo una (1) vez en cualquier período de veinticuatro (24) meses, por diente.
- Periodoncia: incluye procedimientos para el tratamiento de enfermedades de los tejidos que sostienen los dientes. La limpieza periodontal es ilimitada si se diagnóstica con antecedentes de tratamiento periodontal; procedimientos periodontales quirúrgicos

SERVICIOS MAYORES—USTED PAGA 50% (SUJETO A DEDUCIBLE)

- Odontología restauradora especial: cuando los dientes no se pueden restaurar con un material de relleno incluido en la odontología restauradora regular, se proporcionan coronas individuales.

- Prótesis dentales: incluye puentes, prótesis dentales parciales y completas; reparaciones y ajustes de puentes y prótesis dentales.

OTROS BENEFICIOS DEL PLAN*

Programa Right Start 4 Kids: El programa Right Start 4 Kids elimina las barreras de costos para la atención dental al brindarles a los niños de 12 años o menos una cobertura del 100 % sin deducible para todos los servicios cubiertos por el plan cuando acuden a un dentista de la red (Delta Dental Premier o Delta Dental PPO). Si acuden a un dentista fuera de la red, se aplica el contrato subyacente, incluidos los deducibles y los niveles de coaseguro.

Limpiezas Ilimitadas: El plan permite para limpiezas ilimitadas. Esto incluye limpiezas regulares/profilácticas y limpiezas periodontales de mantenimiento.

Función de Transferencia Máxima

La función de transferencia máxima permite a los miembros inscritos transferir el 25 % de sus dólares de beneficio máximo anual no utilizados al año siguiente.

Cómo Funciona la Función de Transferencia Máxima:

- Los afiliados reciben su beneficio máximo anual regular en dólares (\$1,500) al comienzo del nuevo año del plan.
- Los afiliados deben tener un servicio dental cubierto durante el año de beneficios (lo que lo incentiva a visitar al dentista)
- Al final del año del plan, el 25 % de su máximo anual no utilizado se transferirá al año siguiente.
- El saldo de transferencia de beneficios acumulado de un año a otro para cada individuo no puede exceder los \$1,500, lo que significa que al comienzo del nuevo año del plan tendrá el máximo de beneficio anual del nuevo año + cualquier saldo de transferencia disponible (hasta \$1,500)

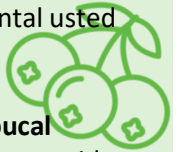
Recursos de Delta Dental

El cuidado de las sonrisas ha sido el objetivo de Delta Dental durante más de 40 años. Educar a los miembros sobre la buena salud bucal y contribuir a las comunidades a las que sirven impulsa la pasión detrás de Delta Dental. Acceda el *Centro de Conocimiento de* Delta Dental al igual de otras herramientas valiosas. Escanee el código QR o visite www.deltadentalks.com para acceder información sobre su plan dental, incluyendo opciones para:



- Localizar un dentista participante de Delta Dental Premier/PPO dondequiera en los Estados Unidos
- Verifique su elegibilidad e información de plan
- Imprima una tarjeta de identificación
- Verifique el estado de un reclamación
- Calcule sus costos de desembolso dentales con una Calculadora de Cuenta de Gastos Flexibles
- Regístrese para recibir su Explicación de Beneficios electrónicamente
- Aprenda sobre su salud y bienestar oral
- Y más...

Mediante el *Centro de Conocimiento de* Delta Dental usted puede aprender sobre cosas como...



Superalimentos que pueden potenciar tu salud bucal

Algunos beneficios de una dieta nutritiva son más conocidos que otros, pero las ventajas de una alimentación saludable van mucho más allá de lo físico. Una nutrición equilibrada también puede aumentar tu energía, ayudarte a sentirte más positivo y cuidar tu sonrisa. Ahí es donde entran en juego los superalimentos. Contienen más nutrientes que otros alimentos, como vitaminas, minerales, fibra, antioxidantes o ácidos grasos omega-3. Consumir estos alimentos con regularidad puede darle a tu dieta diaria un impulso saludable.

Aplicación Móvil: Acceder a la información sobre su plan dental es fácil y conveniente a través de la aplicación móvil de Delta Dental. La aplicación móvil de Delta Dental está optimizada para dispositivos iOS (Apple) y Android. Para descargar nuestra aplicación en su dispositivo, visite la App Store (Apple) o Google Play (Android) y busque “Aplicación móvil de Delta Dental”.



DEDUCCIONES DE NOMINA DEL PLAN DENTAL			
	12 PAGA-MENSUAL	21 NOMINAS	26 NOMINAS
Empleado Solamente	\$43.34	\$24.77	\$20.00
Empleado + Cónyuge	\$86.54	\$49.45	\$39.94
Empleado + Niño(s)	\$84.87	\$48.50	\$39.17
Familia	\$118.41	\$67.66	\$54.65

Escuelas Públicas Derby ofrece cobertura de la visión mediante Surency . Usted puede elegir de dos planes: Plan de Examen y Materiales o Plan de Materiales Solamente.

OPCION 1—PLAN COMPRENSIVO DE LA VISTA Beneficio(s) del plan son disponibles una vez ca año de calendario		
SERVICIOS DEL CUIDADO DE LA VISTA	COSTO DEL MIEMBRO EN LA RED	REEMBOLSO FUERA DE LA RED
Examen Ocular Con Dilación Según Sea Necesario (Imagen Retinal)	\$10 copago Hasta \$39	\$35 N/A
Ajuste y Seguimiento de Lentes de Contacto: <i>(Medida de lentes de contacto y dos visitas de seguimiento son disponibles una vez que el examen comprensivo ocular haya sido completado)</i> Estándar — lentes de contacto transparentes esféricos de uso convencional y reemplazo planificado (ejemplos incluyen, pero no es limitado a desechable, reemplazo frecuente, etc.) Premium — todos los diseños de lentes, materiales y adaptaciones especiales que no sean lentes de contacto estándar (ejemplos incluyen tórico, multifocales etc.)	\$0 copago, ajuste pagado en su totalidad y dos visitas de seguimiento Subsidio de \$55	\$40 \$40
Marcos: Cualquier marco disponible en el lugar del proveedor.	Subsidio de \$130; 20% descuento del balance	\$65
Lentes Estándar de Plástico: Visión Única Bifocal Trifocal Lenticular	\$25 Copago \$25 Copago \$25 Copago \$25 Copago	\$25 \$40 \$55 \$55
Opciones de Lentes: Policarbonato estándar Recubrimiento UV Tinte (Solido y Gradiente) Resistencia Estándar a los Arañazos Recubrimiento Antirreflejos Estándar Progresivo Estándar (incluye cantidad de copago) Premium Progresivo (incluye cantidad de copago) Otros Complementos y Servicios	Adultos: \$40, Dependientes menores de 19: \$0 \$15 \$15 \$15 \$45 \$90 copago \$90 copago; subsidio \$120 20% descuento del balance 20% descuento sobre el precio minorista	\$25 \$25 No esta cubierto No esta cubierto No esta cubierto No esta cubierto \$40 \$40 No esta cubierto
Lentes de Contacto: (El subsidio para lentes de contacto incluye solo los materiales; el subsidio no esta disponible si se eligen lentes para anteojos)		
Convencional Desechable Medicamento Necesario	Subsidio \$130 15% descuento del balance sobre lo permitido Subsidio \$130 \$0 copago	\$100 \$100 \$200

Este es solo un resumen de beneficios solamente, varias limitaciones y excepciones pueden aplicar.

OPCION 2—PLAN DE MATERIALES SOLAMENTE

Beneficio(s) del Plan son disponibles una vez cada año de calendario.

MATERIALES CUBIERTOS	EN LA RED	FUERA DE LA RED
Paquete de marcos, lentes, y opciones: Cualquier marco, lentes, y opciones de lentes disponibles en las ubicaciones de los proveedores.	Subsidio de \$200 para marco, lentes, y opciones de lentes 20% de descuento en mas de \$200	Subsidio \$200
Lentes de Contacto (En lugar de marcos, lentes y opciones)	Subsidio \$200 <i>Balance decreciente permitido</i>	Subsidio \$200

Surency Vision esta orgulloso de colaborar con EyeMed Vision Care para proveer una red que ofrece Calidad, conveniencia, y opciones. EyeMed tiene una de las redes mas grandes y diversas del país, que incluye tanto a médicos privados independientes como a cadenas minoristas reconocidas a nivel nacional.

Recursos de Surency Vision

Acceda la red de proveedores de Surency Vision al igual de otros recursos valiosos por escanear el código QR o visite www.surency.com/vision para acceder información sobre su plan de visión.



- Encuentre un Doctor (Acceda la Red)
- Verifique el estado de un reclamo o vea como se pago su reclamo
- Acceda su tarjeta de identificación móvil
- Y más



Beneficios y Ahorros para Miembros:

Miembros de Surency Vision reciben un numero de beneficios y ahorros incluyendo descuentos en productos de la vista y corrección de la vista todo el año. Visite la sección de **Beneficios y Ahorros para Miembros** en el sitio web de Surency Vision para información adicional.

Solución de Visión en Línea: Usted tiene varias opciones de compra en línea dentro de la red para elegir entre las miles de tiendas de la red. Compre anteojos, lentes de contacto, y gafas del sol con prescripción médica tal como lo haría en la tienda periodo desde su computadora, teléfono inteligente, o tableta. Use sus beneficios en Glasses.com, Contacts Direct, Ray-Ban, Target Optical y Lenscrafters.

Aplicación Móvil: Acceder la información sobre su plan de visión es fácil y cómodo a través de la aplicación móvil de Surency. La aplicación móvil de Surency Vision esta optimizada para dispositivos iOS (Apple) y Android. Para descargar nuestra aplicación en su dispositivo, visite la App Store (Apple) o Google Play (Android) y busque "Surency Vision."



DEDUCCIONES DE NOMINA PARA EL PLAN DE VISIÓN			
	12 PAGA MENSUAL	21 NOMINAS	26 NOMINAS
OPCIÓN 1—PLAN COMPRENSIVO DE LA VISIÓN			
Empleado Solamente	\$10.22	\$5.84	\$4.72
Empleado + Cónyuge	\$21.48	\$12.27	\$9.91
Empleado + Niño(s)	\$18.41	\$10.52	\$8.50
Familia	\$35.81	\$20.46	\$16.53
OPCIÓN 2—PLAN DE VISIÓN DE MATERIALES SOLAMENTE			
Empleado Solamente	\$10.59	\$6.05	\$4.89
Empleado + Cónyuge	\$20.77	\$11.87	\$9.59
Empleado+ Niño(s)	\$18.26	\$10.43	\$8.43
Familia	\$28.46	\$16.26	\$13.14

Una Cuenta de Gasto Flexible (FSA), también conocido como una cuenta de reembolso, le permite pagar por una variedad de gastos de desembolso del cuidado de salud y cuidado del dependiente a base antes de impuestos. Depositar dinero en una FSA antes de pagar impuestos le permite ahorrar dinero al reducir sus ingresos imponibles. ¿El resultado? **Usted paga menos en impuestos cada año.** Hay dos tipos de FSAs:

1

Cuenta de Gasto Flexible para el Cuidado de Salud

Una cuenta de gasto flexible del cuidado de salud (FSA) es un beneficio patrocinado por el empleador que le permite apartar dólares antes de impuestos en su cuenta para ser utilizado para gastos médicos elegibles. Contribuciones al FSA son deducidos de su cheque de paga a base antes de impuestos, reduciendo su ingreso imponible. Usted puede aumentar su ingreso por un promedio de 30% de su contribución anual con el ahorro de impuestos.

2

Cuenta de Gasto Flexible para el Cuidado del Dependiente

Una cuenta de gasto flexible para el cuidado de dependiente (DCA) que le permite aportar una parte de su sueldo antes de que se deduzcan los impuestos para pagar gastos de cuidado de dependientes calificados para que pueda trabajar o buscar trabajo.

Consideraciones Sobre la Participación de FSA

Participar en los planes de gastos flexibles para utilizar dólares antes de impuestos en gastos de bolsillo calificados es un gran beneficio para reducir los ingresos imponibles y administrar y planificar los gastos que sabe que tendrá. Sin embargo, debe planificar adecuadamente para que le reembolsen el dinero que se deduce de su salario.

- Usted no tiene que estar inscrito en uno de los otros planes (médico, dental, visión, etc.) para participar en los planes de FSA.
- Usted puede inscribirse en una o ambas cuentas. Cada cuenta es una elección separada.
- Medicamentos sobre el mostrador y productos para el cuidado menstrual ahora son considerados gastos elegibles bajo el FSA del Cuidado de Salud.
- Planee cuidadosamente cuando decida cuanto desea contribuir a su cuenta(s) para el año. Las elecciones que usted haga permanecerán en efecto hasta el fin del año del plan por cualquier razón a menos que usted experimente un evento calificado o terminación de empleo.
- Siempre pida un recibo detallada de su proveedor, aun cuando utilice la tarjeta debito de FSA. El Impuesto Interno exige que los conserve para sus registros fiscales; y también los necesitará si su proveedor de FSA solicita una justificación de que un gasto es un gasto de FSA calificado.
- Las reglas y regulaciones del Impuesto Interno gobiernan todas cuentas de FSA.
- Usted no puede participar en un FSA del Cuidado de Salud si usted es elegibles y esta contribuyendo a una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA).
- Participantes del Plan FSA (para participantes terminados o inelegibles) pueden incurrir gastos de reclamación hasta la fecha de terminación/inelegibilidad y tienen 30 días desde la fecha de terminación para presentar reclamación.

Aplicación Móvil Surency FSA Advantage

La aplicación móvil de beneficios Surency AdvantagePlus es una característica valiosa que brinda a los miembros acceso inmediato a sus cuentas de gastos flexibles en cualquier momento y desde cualquier lugar.

- Presentar nuevas reclamaciones de FSA / Cargar recibos usando la cámara de su dispositivo móvil
- Ver la actividad de la cuenta
- Verifique balances de la cuenta de gastos flexibles
- Utilice el escáner de gastos elegibles para ver si lo que está a punto de comprar es elegible
- Acceda FSASore.com para comprar artículos elegibles



Importante: Los nuevos miembros deben configurar la cuenta de miembro a través del portal para miembros de la aplicación de escritorio en www.surency.com antes de acceder a la aplicación móvil

CUENTA DE GASTO FLEXIBLE DEL CUIDADO DE SALUD (FSA)		CUENTA DE GASTO FLEXIBLE PARA EL CUIDADO DE DEPENDIENTE (DCA)
Elección Anual Máxima	\$3,400 Su elección anual se dividirá entre el número de periodos de pago de su año de plan.	\$7,500 (\$3,750 si es casado y declarando por separado) Su elección anual se dividirá entre el número de periodos de pago de su año de plan.
Elección Anual Mínima	\$120	N/A
Gastos elegibles deben incurrirse entre:	1 ^o de enero, 2026—31 de diciembre, 2026	1 ^o de enero, 2026—31 de diciembre, 2026
¿Que tan pronto puede comenzar a gastar sus fondos de FSA?	Con un FSA de atención médica. La cantidad total de su elección anual esta disponible el primer día del año del plan.	Tendrá acceso a los fondos de su FSA para el Cuidado de dependientes que se hayan deducido de su cheque de pago.
¿Que gastos son elegibles para reembolso?	Se cubren los copagos, deducibles, coaseguros, atención oftalmológica y dental, así como determinados suministros médicos del plan de salud. El IRS ofrece orientación específica sobre los gastos elegibles. (Consulte la publicación 502 del IRS) Para una lista complete de gastos elegibles visite: http://www.irs.gov/pub/irs-pdf/p502.pdf	Puede utilizar su DCA para pagar los gastos de niños menores de 13 años que declare como dependientes, así como los de adultos u otros familiares que no puedan cuidar de sí mismos (si usted aporta más del 50 % de su sustento). Los gastos elegibles deben tener como finalidad permitirle trabajar o buscar trabajo. Los servicios pueden proporcionarse en un centro de atención para niños o adultos, guardería, preescolar, actividades extraescolares, campamento de verano o una niñera en su hogar.
¿Puede cambiar la cantidad de su elección a mitad del año del plan?	Las elecciones solo se pueden modificar si experimenta un cambio de estado según lo definen las regulaciones del Impuesto Interno, como matrimonio, divorcio, nacimiento o muerte en su familia inmediata.	Por lo general, no puede cambiar su contribución a mitad de año. Sin embargo, si experimenta un evento que lo califica, como el nacimiento de un nuevo hijo, o si su proveedor de cuidado infantil aumenta significativamente sus tarifas, puede ser elegible para ajustar su contribución.
¿Que sucede con los fondos no utilizados?	Si queda algún saldo en la Cuenta FSA de Salud del Participante después del período de presentación de reclamaciones, entonces dicho saldo hasta \$680 (cantidad proyectada para 2026) se transferirá para reembolsar al Participante los Gastos de Atención Médica incurridos durante el Año del Plan posterior (fondos no utilizados de 2026 a 2027), siempre que el Participante no haya ejercido su derecho a renunciar a cualquier derecho a dicho traspaso. Participante es requerido de inscribirse en el plan del año siguiente para que los dólares transferidos estén disponibles. No obstante lo anterior, el Participante perderá todos los derechos con respecto a cualquier saldo superior a \$680.	Si queda algún saldo en la cuenta FSA de cuidado de dependientes del participante después del período del año del plan y el período de vencimiento posterior, dicho saldo se perderá.
¿Que es un periodo de expiración?	El período de finalización significa el período posterior al final del año del plan durante el cual se pueden presentar reclamaciones para reembolso de los gastos del año anterior. El período de finalización para la cuenta FSA de atención médica y la cuenta FSA de atención de dependientes es de 90 días, lo que significa que tiene hasta el 30 de marzo de 2027 para presentar reclamación para el reembolso de los gastos incurridos durante el año del plan que finaliza el 31 de diciembre de 2026.	
¿Como presentar un reclamo?	Pautas para la Presentación de Reclamaciones: • En línea: Visite www.surency.com e inicie sesión al sitio Seguro del Inicio del Miembro. • Aplicación Móvil: Descargue la aplicación móvil de Surency para presentar reclamaciones fácilmente • Fax: Presente reclamación a (316) 462-3392; Attn: Surency AdvantagePlus Claims • Correo EE.UU.: Surency AdvantagePlus, P.O. Box 789773, Wichita, KS 67278-9773 Recibos para la presentación y fundamentación de reclamaciones se debe incluir el nombre del paciente, el nombre del proveedor, la fecha del servicio, el tipo de servicio y el costo del servicio para el miembro.	



Tarjeta de Beneficios Surency Flex

Úselo en lugar de efectivo en proveedores y en cualquier lugar donde lo acepten para servicios y gastos relacionados con la salud.

2026 | Seguro de Discapacidad

Escuelas Públicas Derby ofrece a los empleados elegibles la oportunidad de adquirir beneficios de protección de ingresos a través de Standard Insurance Company. El seguro para discapacidad a corto plazo (STD) está diseñado en pagarle un beneficio semanal en caso de que no pueda trabajar debido a una enfermedad o lesión cubierta. Este beneficio reemplaza una parte de sus ingresos, lo que lo ayuda a cumplir con sus compromisos financieros en un momento de necesidad.

CARACTERÍSTICAS DEL PLAN DE INCAPACIDAD A CORTO PLAZO			
Las Escuelas Públicas de Derby exigen que todos los días de PTO acumulados durante el año en curso, más los acumulados previamente, se utilicen junto con cualquier tiempo libre tomado. El PTO se considera ingreso deducible*.			
	Opción 1	Opción 2	Opción 3
Periodo de Espera del Beneficio (Periodo de Eliminación)	13 días	28 días	58 días
Beneficios Aprobados Comienzan	14 Días	29 Días	59 Días
Periodo Máximo de Beneficio	Hasta 180 días	Hasta 180 días	Hasta 180 días
El período de eliminación no reduce el período máximo de beneficio. Sin embargo, si usted es elegible para la discapacidad a largo plazo (LTD) a través de KPERS y se vuelve elegible para los pagos de LTD de KPERS, los pagos por discapacidad a corto plazo podrían cesar antes del período máximo de beneficio de 180 días, ya que los			
Cantidad de Cobertura	66.67% del salario semanal hasta un máximo de \$1,000 por semana La cantidad de cobertura durante la incapacidad se reducirá por el ingreso deducible*		
Inscripción Abierta 2026 (Efectivo 1/1/2026)	La provisión de entrada tardía aplica a todo empleado que ha sido previamente elegible de inscribirse en la cobertura.		
Nuevas Contrataciones	Empleados recién contratados pueden inscribirse durante su periodo de inscripción de nuevos empleados de 30 días sin disposiciones de ingreso tardío.		
Disposición de Entrada Tardía	Si un empleado no se inscribe durante el período inicial de contratación y luego se inscribe en un período de inscripción abierta del año siguiente, se aplicará una disposición de inscripción tardía. La disposición de inscripción tardía establece que no se exigirá a quien se inscriba tardíamente que presente pruebas de asegurabilidad. En cambio, estará sujeto a un período de espera de beneficios de 60 días por enfermedad física, embarazo o trastorno mental durante los primeros 12 meses en el plan. Las discapacidades causadas por un accidente no están sujetas al período de espera de la disposición de inscripción tardía.		
Opción de Cambio en la Inscripción Abierta	Si cambia la opción inscrita durante la inscripción abierta para aumentar su beneficio (Opción 3 a 2; u Opción 2 a 1, u opción 3 a 1) y se jubila por incapacidad en el próximo período de póliza de 12 meses, entonces esa incapacidad pagaría según los parámetros de la póliza para los beneficios vigentes antes del cambio de inscripción. <i>Ejemplo: La empleada cambia de la opción 2 a la opción 1 a partir del 1/1/25. Actualmente, la empleada está embarazada (o queda embarazada el 1/2/25). Cuando solicite una indemnización por maternidad, el período de espera de beneficios seguirá el de la opción 2.</i>		
Otras Provisiones	• Debe estar trabajando activamente en la fecha de vigencia de su cobertura; de lo contrario, su cobertura entrará en vigencia después de haber completado un período de espera específico. • Los beneficios por incapacidad a corto plazo no se pagan por ninguna lesión relacionada con el trabajo o ocurrida en el trabajo, ni por condiciones por las cuales se pagan beneficios de compensación para trabajadores. • *Los beneficios de STD no se pagarán mientras un miembro esté recibiendo pago por licencia por enfermedad, pago por licencia anual o personal u otra continuación salarial, incluidos los montos donados. Otras fuentes de ingresos, llamadas "Ingresos deducibles", también pueden reducir el pago de un beneficio. Otras fuentes de ingresos deducibles se definen en el certificado de póliza del plan de seguro. El pago de vacaciones no se considera ingreso deducible.		

Puede encontrar información adicional, incluido el Folleto del Certificado e información sobre cómo iniciar la presentación de un reclamo, en el sitio web de beneficios: mybenefitshub.com/usd260 → Disability

La cantidad del beneficio semanal al que es elegible, junto con la prima para cada opción de discapacidad, se calcularán automáticamente cuando se inscriba a través de THEbenefitsHUB.



Escuelas Públicas Derby ofrecen a los empleados una póliza de seguro de vida y de muerte accidental y desmembramiento (AD&D) **sin costo** para usted. Los beneficiarios se pueden actualizar a través de **THEbenefitsHUB**.

SEGURO BÁSICO DE VIDA Y AD&D	
Categoría de Empleado	Cantidad de Póliza*
Empleados de tiempo completo (20+ horas por semana)	\$20,000
Empleados de tiempo parcial (12 -19 horas por semana)	\$10,000

Debe estar trabajando a tiempo completo en la fecha de vigencia de su cobertura; de lo contrario, su cobertura entrará en vigencia después de haber completado un período de espera específico.

*Reducciones de beneficios basadas en la edad (el beneficio vigente se reduce a) 65 % a los 65 años; 40 % a los 70 años; 25 % a los 75 años; 15 % a los 80 años; la cobertura finaliza al jubilarse.

Es posible que haya opciones de conversión o portabilidad disponibles en caso de terminación, si notifica a Standard dentro de los 30 días posteriores a la terminación. Se aplican algunas restricciones; consulte el certificado de beneficios para obtener más información.

Consideraciones del Seguro de Vida

- Su beneficiario es la persona que cobrará la cantidad de la póliza en caso de su muerte. Es importante mantener actualizada la información de su beneficiario. El beneficiario no puede ser cambiado por ninguna persona que no sea usted, el titular de la póliza. **Beneficiarios pueden ser designados y actualizados en el portal de inscripción—THEbenefitsHUB.** Si usted no designa a un beneficiario, y algo le llega a suceder a usted, los beneficios serán pagados de acuerdo al estatuto estatal.
- Si tiene pólizas de seguro de vida fuera de su empleador, debería considerar revisar esas pólizas para asegurarse de que los beneficiarios estén actualizados.
- Las responsabilidades financieras pueden cambiar a lo largo de la vida: asegúrese de estar asegurado por una cantidad que sea suficiente para cubrir los gastos que no querría dejarles a sus seres queridos.



Beneficios de Valor Añadido

ASISTENCIA DE VIAJE

Los servicios de asistencia en viajes son proporcionados por Assist America, Inc., como parte de los beneficios de The Standard Insurance Company. La asistencia en viajes puede ayudar a los empleados y a sus familias a prepararse para viajes y situaciones críticas mientras están lejos de casa. El programa puede ayudar a los participantes a encontrar proveedores médicos calificados, servicios legales o con el reemplazo de tarjetas de crédito y pasaportes perdidos.

Los servicios son para viajes que se realicen a más de 100 millas del hogar (incluidos países extranjeros) y por menos de 180 días consecutivos.

Para más detalles repase el Volante de Descripción del Programa de la cual se puede encontrar en el sitio de Web de beneficio: mybenefitshub.com/usd260 → Basic Life

KIT DE HERRAMIENTAS DE SERVICIOS DE VIDA

Incluido con la cobertura de seguro de vida a través de Standard, los miembros reciben herramientas e información para ayudarlos a tomar decisiones sobre temas como asistencia en la planificación patrimonial, planificación financiera, salud y bienestar, prevención de robo de identidad, arreglos funerarios y más.

Para servicios, visite standard.com/mytoolkit (nombre de usuario: support) o llame (800) 378-5742



2026 | Seguro Voluntario de Vida

Empleados que deseen complementar su seguro de vida colectivo pueden adquirir la cobertura adicional que ofrece Standard. A continuación, se incluye un breve resumen de las opciones de cobertura. Beneficiarios pueden ser actualizados mediante [THEbenefitsHUB](#).

COBERTURA VOLUNTARIA DE VIDA Y AD&D			
	Cobertura del Empleado	Cobertura del Cónyuge	Cobertura de Hijo(s)
Cantidad Maxima	\$500,000	\$250,000, no debe sobrepasar 100% de la cantidad elegida por el empleado	\$10,000, no debe sobrepasar 100% de la cantidad elegida por el empleado
Incrementos de Compra	\$10,000	\$5,000	\$5,000
Cantidad Garantizada de Emisión ¹	\$250,000	\$75,000	\$10,000
Reducciones de Beneficios Basadas en la Edad (el beneficio vigente se reduce a)	65% a edad 65; 40% a edad 70; 25% a edad 75; 15% a edad 80	65% a edad 65; 40% a edad 70; 25% a edad 75; 15% a edad 80	Niño(s) cubiertos desde nacimiento hasta 26 años
Otras Provisiones	Beneficio de vida acelerado: si le diagnostican una enfermedad terminal, puede ser elegible para recibir una parte de su seguro de vida.	Tasa de cónyuge y reducción por edad en función de la edad del empleado	Una prima cubre a todos los niños
	Cobertura termina en la jubilación.		
	Si un matrimonio trabaja en el distrito, no es posible asegurar a una persona como empleado individual y como cónyuge dependiente. Los hijos de un matrimonio que trabajen en el distrito solo pueden estar cubiertos por uno de los padres.		

¹La emisión garantizada es la oportunidad de comprar un seguro de vida sin que le hagan preguntas médicas. La emisión garantizada generalmente solo se ofrece en la primera oportunidad. Si desea inscribirse en una fecha posterior, probablemente deba completar una prueba de asegurabilidad. Debe estar trabajando a tiempo completo en la fecha de vigencia de su cobertura; de lo contrario, su cobertura entrará en vigencia después de haber completado un período de espera específico.

La cobertura para dependientes no tendrá efecto si un dependiente, que no sea un recién nacido, está internado en un hospital u otro centro de atención médica, o está confinado en su hogar, o no puede realizar las actividades normales de alguien de su misma edad y sexo. (puede variar según el estado).

Es posible que haya opciones de conversión o portabilidad disponibles en caso de rescisión, si notifica a Standard dentro de los 30 días posteriores a la terminación. Se aplican algunas restricciones; consulte el certificado de beneficios para obtener más información.

TASA DE EMPLEADO Y CÓNYUGE (INCLUYE COBERTURA AD&D)	
Edad del Empleado	Tasa Mensual \$1,000
<30	\$0.06
30—34	\$0.06
35—39	\$0.10
40—44	\$0.12
45—49	\$0.17
50—54	\$0.25
55—59	\$0.45
60—64	\$0.63
65—69	\$1.72
70+	\$4.50

TASA DE NIÑO(S) (INCLUYE COBERTURA AD&D)	
Edad	Nacimiento a edad 26
Mensual	\$1.10 for \$5,000
	\$2.20 for \$10,000

Primas serán automáticamente calculados cuando usted se inscriba mediante [THEbenefitsHUB](#).

- Las tarifas que se muestran son mensuales; su prima (por deducción de nómina) se calculará cuando se inscriba a través de [THEbenefitsHUB](#)
- Tasa del cónyuge es basada en la edad del empleado
- Una prima cubre todo hijo inscrito elegible
- La edad del nuevo empleado es la edad del empleado al 1 de enero del año en curso. Las tarifas aumentarán a medida que envejezca y pase al siguiente tramo de edad. Los cambios de tarifas debidos a aumentos de edad entrarán en vigencia en el año del plan siguiente al aumento de edad.



Inscripción Abierta 2026 (Efectivo 1/1/2026)

Durante este período de inscripción abierta (la cobertura entra en vigencia el 1/1/2026), los empleados elegibles pueden elegir la cobertura que se detalla a continuación. Los empleados deben estar trabajando activamente para que la cobertura entre en vigencia; la cobertura para dependientes no entrará en vigencia si un dependiente, que no sea un recién nacido, está internado en un hospital u otro centro de atención médica, o está confinado en su hogar, o no puede realizar las actividades normales de alguien de la misma edad y sexo.

Empleados **NO ACTUALMENTE INSCRITOS**

- Usted puede inscribirse en Seguro Voluntario de Vida por la cantidad de \$10,000 o \$20,000 sin ningún requisito adicional.
- Cualquier cantidad elegida mayor de \$20,000 requerirá Evidencia de Asegurabilidad y deberá ser revisado por la compañía de seguros para la determinación de la emisión de la póliza.
- Se aplicarán reducciones de beneficios basadas en la edad.
 - ⇒ Ejemplo: una persona de 67 años puede elegir una cantidad de \$20,000. Esto dará como resultado una cantidad de póliza de \$13,000, ya que los beneficios se reducen al 65 % para las personas de 65 a 69 años. Consulte las reducciones de beneficios en la página anterior. Edad basada en la edad del empleado al 1/1/2026.

Empleados **ACTUALMENTE INSCRITOS**

- Usted puede aumentar su Seguro Voluntario de Vida por \$10,000 o \$20,000 sin ningún requisito adicional.
 - ⇒ El aumento no puede hacer que la cantidad total de su póliza sea mayor que el máximo del plan de \$500,000
 - ⇒ Ejemplo: Si actualmente está inscrito con una cantidad de póliza de \$490,000; podrá aumentar su póliza en un máximo de \$10,000.
- Cualquier aumento superior a \$20,000 requerirá evidencia de asegurabilidad y tendrá que ser revisado por la compañía de seguros para determinar la emisión de la póliza.
- Se aplicarán reducciones de beneficios basadas en la edad.

Cónyuge **NO ACTUALMENTE INSCRITO** (Empleado debe estar inscrito para que el Cónyuge este inscrito)

- Puede inscribir a su cónyuge en el Seguro de Vida Voluntario por una cantidad de \$5,000 o \$10,000 sin ningún requisito adicional.
- Cualquier cantidad elegida superior a \$10,000 requerirá evidencia de asegurabilidad y tendrá que ser revisado por la compañía de seguros para determinar la emisión de la póliza.
- Se aplicarán reducciones de beneficios basadas en la edad.
 - ⇒ Ejemplo: Una persona de 67 años puede elegir una cantidad de \$10,000. Esto dará como resultado una cantidad de póliza de \$6,500, ya que los beneficios se reducen al 65 % para las personas de 65 a 69 años. Consulte las reducciones de beneficios en la página anterior. Edad basada en la edad del empleado al 1/1/2026.

Cónyuge **ACTUALMENTE INSCRITO** (Empleado debe estar inscrito para que el Cónyuge sea inscrito)

- Puede aumentar su Seguro de Vida Voluntario en \$5,000 o \$10,000 sin ningún requisito adicional.
 - ⇒ El aumento no puede hacer que la cantidad total de su póliza sea mayor que el máximo del plan del 100 % de la cantidad del empleado o \$250,000, lo que sea menor.
 - ⇒ Ejemplo: Si su cónyuge está actualmente inscrito con una cantidad de póliza de \$245,000; podrá aumentar la póliza en un máximo de \$5,000 siempre que usted (el empleado) tenga una elección aprobada de al menos \$250,000.
- Cualquier aumento superior a \$10,000 requerirá evidencia de asegurabilidad y tendrá que ser revisado por la compañía de seguros para determinar la emisión de la póliza.
 - ⇒ Se aplicarán reducciones de beneficios basadas en la edad. Edad basada en la edad del empleado al 1/1/2026.

Cobertura de Niño(s) (Empleado debe estar inscrito para que los hijos estén inscritos)

- Usted puede elegir cobertura para su hijo(s) en la cantidad de \$10,000 sin cualquier requisito adicional. Nuevas elecciones pueden ser pendientes en el Sistema de inscripción pero serán repasadas y aprobadas como sea aplicable.

2026 | 3-en-1 Plan Complementario

Aviso Importante: Esta es una póliza de indemnización fija, no un seguro de salud, y no satisface el requisito de cobertura esencial mínima bajo la ACA.

Los accidentes, las enfermedades graves y las hospitalizaciones ocurren sin previo aviso. Cuando usted o los miembros de su familia se enfrentan a estas situaciones, el Paquete de Beneficios en el Lugar de Trabajo 3 en 1 puede ayudar con los gastos que el seguro médico no cubre, como los deducibles. Los beneficios ofrecidos a través de los beneficios en el lugar de trabajo de Reliance Standard incluyen cobertura para accidentes, ciertas enfermedades graves y hospitalizaciones. Los beneficios pagados a través de estos planes se le pagan directamente a usted y no se coordinan con ningún otro seguro. Debe estar asegurado para que sus dependientes estén cubiertos. Usted y su cónyuge, si corresponde, deben tener menos de 70 años al momento de la inscripción para ser elegibles para la cobertura.

DEDUCCIONES DE NOMINA PARA PLAN COMPLEMENTARIO 3-EN-1				
	Solo Empleado	Empleado + Cónyuge	Empleado + Niño(s)	Familia
12 Pago Mensual	\$24.00	\$47.18	\$39.30	\$62.62
21 Nominas	\$13.71	\$26.96	\$22.46	\$35.78
26 Nominas	\$11.08	\$21.78	\$18.14	\$28.90

1

Plan de Indemnización Hospitalaria—El seguro de indemnización hospitalaria voluntario proporciona una variedad de beneficios diarios fijos en suma global para ayudar a cubrir los costos asociados con una admisión hospitalaria, incluidos los costos de habitación y comida. **No hay exclusiones por condiciones preexistentes.**

BENEFICIOS DE INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA	
Beneficio de Alojamiento y Comida	\$100 por día; 180 beneficios diarios por año de cobertura
Beneficio de Admisión Hospitalaria	\$1,000; beneficio de una admisión por año de cobertura
Característica de maternidad —cuando un miembro cubierto es admitido en el hospital y da a luz, el beneficio de admisión/diario se paga tanto para la madre como para el recién nacido.	

2

Plan de Enfermedad Grave—El seguro voluntario de enfermedades graves ofrece un beneficio fijo de suma global en el momento del diagnóstico de una enfermedad grave cubierta. Este plan es transferible a los empleados que tengan 70 años.

CANTIDAD DE BENEFICIO DE BASE PARA ENFERMEDAD GRAVE	
Empleado	\$5,000
Cónyuge	\$5,000
Hijo(s) Dependientes	\$1,250
Reducción de Beneficio debido a edad	Beneficio reducido 50% edad 70; Cobertura de cónyuge termina a edad 75

ENFERMEDADES GRAVES CUBIERTAS	
Cantidad del beneficio base del 100% pagadero:	Alzheimer, coma, ataque cardíaco, cáncer potencialmente mortal, insuficiencia orgánica importante, ELA, enfermedad de Lou Gehrig, esclerosis múltiple, Parkinson, rotura cerebral, aneurisma aórtico o carótida, accidente cerebrovascular
Cantidad de Beneficio base del 25% pagadero:	Carcinoma in situ, enfermedad coronaria
Cantidad de Beneficio base del 5% pagadero:	Cáncer de la Piel

OTRAS CARACTERÍSTICAS DEL PLAN	
Beneficio máximo por vida	1,000% de la cantidad asegurada
Beneficio por ocurrencia posterior	50% del beneficio si diagnosticado 6 meses o después
Beneficio por recurrencia (misma enfermedad)	100% si es diagnosticado 12 meses o después
Limitación preexistente	Periodo de retrosección de 12 meses/periodo de cobertura de 12 meses

BENEFICIO DE BIENESTAR	
\$50 Beneficio Anual del Bienestar (hasta un máximo de cuatro beneficios por familia)	Las pruebas de detección de salud cubiertas incluyen, entre otras: Análisis de sangre para triglicéridos, densitometría ósea, colonoscopia, mamografía, prueba de Papanicolaou, PSA, detección de cáncer de piel (consulte el certificado de cobertura para obtener una lista completa de las pruebas cubiertas)

3

Plan para Accidente—El seguro voluntario contra accidente ofrece una variedad de beneficios fijos y de suma global para lesiones resultando de un accidente cubierto. El Plan de Accidentes que esta disponible a empleados de Escuelas Públicas Derby tiene cobertura de 24-horas, lo cual significa que independientemente donde ocurra el accidente—en el trabajo o fuera del trabajo—beneficios pueden ser pagados por tratamientos cubiertos para accidentes. Debe estar asegurado para que sus dependientes estén cubiertos. Este plan es transferible al empleado de edad 70.

BENEFICIOS DEL CUIDADO DE EMERGENCIA

Transporte en Ambulancia	Terrestre—\$100; Aéreo—\$500
Tratamiento de Emergencia	\$150
Examen Diagnóstico (1x por accidente cubierto)	\$100
Visita Inicial al Consultorio Médico (1x por accidente cubierto)	\$50

BENEFICIOS DE TRATAMIENTO GENERAL

Ingreso Inicial de Hospital (1x por accidente cubierto)	\$500
Ingreso Inicial de Hospital de Cuidado Intensivo	\$1,000
Internamiento de Hospital por día	\$200; 365 días máx.
Internación de Cuidado Intensivo por día	\$400; 30 días máx.
Internación en Centro de Rehabilitación	\$50/día; 30 días máx.
Visita de Seguimiento al Médico (1x por accidente cubierto)	\$50
Transportación (más de 100 millas, 3 viajes de ida y vuelta máx.)	\$300
Alojamiento (para 1 persona, más de 100 millas de residencia)	\$100; 30 días máx.

BENEFICIOS DE CIRUGÍA

Exploratorio—sin reparación	\$100	Cirugía Abdominal o Torácico	\$1,000
Cartílago de la rodilla	\$300	Disco Roto	\$500
		Tendón, Ligamento, o Manguito Rotador	Hasta \$600

BENEFICIOS DE LESIÓN ESPECIFICA CUBIERTA Y TRATAMIENTO

Fracturas	Hasta \$5,000 para ciertas reparaciones quirúrgicas Hasta \$2,500 para no quirúrgica (Chip—25%) Múltiple Facturas—100% de factura sostenida más alta		
Dislocaciones	Hasta \$3,200 para quirúrgica Hasta \$1,600 para no quirúrgica (Parcial—25%) Múltiple—100% del beneficio por dislocación más alto		
Quemaduras	2 ^{do} grado—Hasta \$800 3 ^{er} grado—Hasta \$6,400 Injerto de piel—25% del beneficio pagadero para quemadura		
Sangre/Plasma/Plaquetas	\$200	Lesión Dental	Corona—\$150
Coma	\$5,000		Extracción—\$50
Concusión	\$100	Lesión Ocular	Eliminación de objeto extraño—\$100
Laceraciones	Up to \$400		Reparación quirúrgica—\$200

BENEFICIOS TRANSITORIOS

Aparato Médico	\$100
Prótesis	Una—\$500; Dos-o-más—\$1,000;
Terapa Física	\$25 per session, up to 6 sessions

PARALYSIS BENEFITS

Beneficios de Parálisis	Paraplejia/Hemiplejia—\$5,000; Quadriplejia—\$10,000
-------------------------	--

Se aplican limitaciones y exclusiones —para una lista completa de exclusiones y limitaciones, favor de consultar el Certificado de Seguro. El Certificado también provee todo requisito necesario para ser eligeble para beneficios.



reliance
matrix

2026 | Plan de Accidente Aflac

Aviso Importante: Esta es una póliza de indemnización fija, no un seguro de salud, y no satisface el requisito de cobertura esencial mínima bajo la ACA.

Un plan de seguro contra accidentes ofrece beneficios para ayudar a cubrir los costos asociados con facturas inesperadas. La mayoría de las personas no tienen en cuenta los accidentes. Cuando ocurre un accidente cubierto, lo último en lo que piensa es en los cargos que se pueden acumular. Estos costos se acumulan rápidamente. Si llega ese momento, ¿no sería bueno tener un plan de seguro que pague los beneficios independientemente de cualquier otro seguro que tenga? El plan de accidentes grupal de Aflac hace exactamente eso.

Características del Plan

- Cobertura de 24-horas
- Ningún límite en la cantidad de reclamaciones
- Paga independientemente de cualquier otro plan de seguro que pueda tener
- Beneficios disponibles para su Cónyuge y/o Hijos Dependientes
- Beneficios para tratamiento de Accidente Cubierto para ambos paciente internado o ambulatorio
- Emisión Garantizada (No se requiere suscripción para calificar para la cobertura.)
- Cobertura portátil (Usted puede continuar cobertura cuando deje empleo; vea el folleto de Accidente para guías.)

Consideraciones para Inscripción

- Lesión por accidente significa lesión corporal causada únicamente por o como resultado de un Accidente Cubierto.
- Accidente Cubierto significa un accidente que ocurrió **en o después de la fecha efectiva** y no es específicamente excluida
- Aflac no pagar beneficios para una pérdida que fue causada por, contribuida a, o que es resultado de una Condición Preexistente por 12 meses después de la Fecha Efectiva de su póliza.
- Algunos beneficios son reducidos para cónyuge/hijos. Vea el folleto de Accidente para guías.
- Beneficios adicionales no destacados en esta pagina son disponibles. Vea el folleto de Accidente para detalles.

El Folleto de Accidente de Aflac esta disponible en el portal de beneficio **THEbenefitsHUB**.

DEDUCCIONES DE NOMINA PARA PLAN DE ACCIDENTE AFLAC			
	PAGA DE 12 MESES	21 NOMINAS	26 NOMINA
Solo EE	\$16.20	\$9.27	\$7.48
EE + SP	\$23.16	\$13.26	\$10.70
EE + CH	\$30.90	\$17.66	\$14.26
FAM	\$37.86	\$21.66	\$17.48

Para ser elegible para la cobertura, debe tener menos de 69 años al momento de la inscripción. Para cubrir a su cónyuge, si corresponde, su cónyuge debe tener menos de 69 años. La cobertura del cónyuge finaliza cuando este cumple 70 años.

Beneficios Destacados

BENEFICIOS HOSPITALARIOS

Ingreso-----	\$1,000
Confinamiento-----	\$200 por día
Cuidado Intensivo-----	\$400 por día
Cobros Médicos-----	\$125

BENEFICIOS DE FRACTURA (REDUCCIONES CERRADAS)

Cadera/Muslo-----	\$4,500
Pelvis-----	\$3,600
Pierna-----	\$2,700
Antebrazo/Mano/Muñeca-----	\$2,250
Pie/Tobillo/Rótula-----	\$2,250
Clavícula/Omoplato-----	\$1,800
Parte Superior del Brazo-----	\$1,575
Mandíbula Superior-----	\$1,575
Huesos Faciales (excepto dietes)-----	\$1,350
Costilla/Dedo/Dedo del pie-----	\$360

DISLOCACIONES (REDUCCIONES CERRADAS)

Cadera-----	\$3,600
Rodilla (no rotula)-----	\$2,600
Hombro-----	\$2,000

LESIONES ESPECIFICAS

Tendón/Ligamentos (reparación quirúrgica)	\$400
Cartílago de la rodilla desgarrado..Hasta	\$400
Concusión-----	\$200
Quemaduras (2 ^{do} /3 ^{er} grado)-----	Hasta \$10,000
Laceraciones-----	Hasta \$400

BENEFICIOS ADICIONALES

Ambulancia-----	Hasta \$500
Tratamiento de Seguimiento (límite de 6 visitas)	\$25
Terapia Física (límite de 6 visitas)-----	\$25

BENEFICIO DE BIENESTAR (después de 12 meses de primas pagadas)

\$50 Beneficios pagaderos por pruebas preventivas una vez cada 12 meses (es decir, exámenes físicos anuales, mamografías, exámenes de la vista, vacunas, etc.)



2026 | Plan de Enfermedad Grave Aflac

Aviso Importante: Esta es una póliza de indemnización fija, no un seguro de salud, y no satisface el requisito de cobertura esencial mínima bajo la ACA.

Un plan grupal contra enfermedades graves, ofrecido por Aflac, lo prepara para los costos adicionales de luchar contra una enfermedad grave específica.

La buena noticia es que muchas personas con una enfermedad grave sobreviven a estas batallas que ponen en peligro su vida. Desafortunadamente, a medida que comienza el proceso de recuperación, las personas se dan cuenta de las facturas médicas que se han acumulado. Con este plan, el objetivo es ayudarlo a usted y a su familia a enfrentar y recuperarse del estrés financiero de sobrevivir a una enfermedad grave.

PERSONA CUBIERTA	CANTIDAD DE BENEFICIO DE BASE
Empleado	\$10,000
Cónyuge	\$ 5,000
Niño(s) hasta la edad de 26	\$ 5,000

Usted y su cónyuge, se corresponde, deben tener menos de 70 años al momento de la inscripción para ser elegibles para cobertura.

Porcentaje de la cantidad del beneficio de base

ENFERMEDAD GRAVE INICIAL	
Ataque del Corazón (Infarto de Miocardio)	100%
Accidente cerebrovascular (apoplejía o accidente)	100%
Cirugía de Bypass Coronario	25%
Insuficiencia Renal Terminal	100%
Trasplante de Órganos Mayores	100%
BENEFICIOS PARA ENFERMEDAD GRAVE DE CÁNCER	
Cáncer (interno o invasivo)	100%
Carcinoma in Situ	25%
BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS POR ENFERMEDADES GRAVES	
Enfermedad Alzheimer Avanzada	25%
Enfermedad de Parkinson Avanzada	25%
Tumor Cerebral Benigno	100%
Coma	100%
Ceguera Completa	100%
Pérdida Completa de Audición	100%
Parálisis	100%

Otras Características

Beneficio de Primer Ocurrencia

El plan incluye un período de espera de 30 días. Después del período de espera, se paga un beneficio de suma global tras el diagnóstico inicial de una

Beneficio de Ocurrencia Adicional

Si un asegurado recibe todos los beneficios por una enfermedad grave según el plan y luego tiene una de las enfermedades graves cubiertas restantes, Aflac pagará la cantidad total del beneficio por cada enfermedad adicional. Las incidencias deben estar separadas por al menos seis meses.

Beneficio de Recurrencia

Si un asegurado recibe los beneficios completos por una enfermedad cubierta y luego se le diagnostica la misma enfermedad, Aflac pagará nuevamente el beneficio completo. Las dos fechas de diagnóstico deben estar separadas por al menos 12 meses o, en el caso del cáncer, 12 meses de tratamiento gratuito. El cáncer que se ha propagado (ha hecho metástasis) a pesar de que existe un nuevo tumor, no se considerará un caso adicional a menos que el asegurado haya estado sin tratamiento durante 12 meses.

Limitación de Condición Preexistente

Una condición preexistente es una enfermedad o condición física que, dentro del período de 12 meses anterior a la fecha de vigencia, dio lugar a que el asegurado recibiera asesoramiento o tratamiento médico. Aflac no pagará beneficios por ninguna enfermedad grave que comience dentro de los 12 meses posteriores a la fecha de vigencia y que sea causada por, contribuya a o resulte de una condición preexistente.

\$50 Beneficio de Bienestar

Un asegurado puede recibir un beneficio de bienestar por cualquier prueba de detección de salud cubierta, por año calendario, independientemente de los resultados de la prueba. Este beneficio se paga por un empleado cubierto y su cónyuge (sin hijos dependientes). Las pruebas de detección cubiertas incluyen, entre otras, mamografía, colonoscopia, prueba de Papanicolaou, radiografía de tórax, PSA, prueba de esfuerzo y prueba de colesterol.

El Folleto de Enfermedad Grave de Aflac esta disponible en el portal de beneficio THEbenefits**HUB.**

Se aplican limitaciones y exclusiones: para obtener una lista completa de exclusiones y limitaciones, consulte el Certificado de Seguro. El Certificado también proporciona todos los requisitos necesarios para ser elegible para los beneficios.

PRIMAS MENSUALES DEL PLAN DE ENFERMEDADES GRAVES DE AFLAC

Bandas de Edad	Consumidores No Fumadores		Consumidores de Tabaco	
	Cobertura del Empleado	Cobertura del Cónyuge	Cobertura del Empleado	Cobertura del Cónyuge
18—29	\$5.45	\$3.60	\$7.95	\$4.85
30—39	\$8.55	\$5.15	\$13.45	\$7.60
40—49	\$15.55	\$8.65	\$30.75	\$16.25
50—59	\$26.68	\$14.22	\$51.75	\$26.75
60—69	\$41.75	\$21.75	\$81.75	\$41.75

La prima del empleado se basa en la edad de emisión del empleado y su condición de fumador; la prima del cónyuge se basa en la edad de emisión del cónyuge y su condición de fumador. Los niños están cubiertos sin costo adicional; se debe elegir la cobertura para los niños para que estén cubiertos.

2026 | Plan de Indemnización Hospitalaria

Aviso Importante: Esta es una póliza de indemnización fija, no un seguro de salud, y no satisface el requisito de cobertura esencial mínima bajo la ACA.

¿Cubre su seguro médico todas sus facturas? Probablemente no. Incluso una visita menor al hospital puede presentarle gastos y facturas médicas inesperadas. Y aunque tenga un seguro médico, es posible que su plan solo pague una parte de lo que implica toda su estadía. Así es como puede ayudarlo el plan de seguro complementario grupal de indemnización por hospitalización de Aflac. Brinda asistencia financiera para mejorar su cobertura actual, de modo que pueda evitar tener que recurrir a sus ahorros. Tener un seguro complementario grupal de indemnización por hospitalización de Aflac significa que tendrá recursos financieros adicionales para ayudarlo con los costos médicos o los gastos de vida continuos.

BENEFICIOS DE INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA DE AFLAC	
Descripción de Beneficios	Cantidad de Beneficio
Ingreso Hospitalario Este beneficio se paga cuando una Persona Cubierta está confinada a un hospital debido a una Enfermedad Cubierta o como resultado de lesiones recibidas en un Accidente Cubierto.	\$1,500
Internamiento Hospitalario (hasta 180 días por internación) Este beneficio se paga cuando una Persona Cubierta se encuentra hospitalizada como paciente interno debido a una Enfermedad Cubierta o como resultado de lesiones recibidas en un Accidente Cubierto. Para recibir este beneficio por Lesiones recibidas en un Accidente Cubierto, la Persona Cubierta debe estar hospitalizada dentro de los seis meses a partir de la fecha del Accidente Cubierto. Este beneficio se paga solo por una hospitalización a la vez, incluso si es causada por más de un Accidente Cubierto, más de una Enfermedad Cubierta o un Accidente Cubierto y una Enfermedad Cubierta.	\$250 por día
Cuidado Intensivo Hospitalario (máximo de 30 días por cualquier periodo de internación). Este beneficio se paga cuando una Persona Cubierta se encuentra internada en una unidad de cuidados intensivos de un hospital debido a una Enfermedad Cubierta o debido a una Lesión recibida a causa de un Accidente Cubierto. Para recibir este beneficio por lesiones recibidas en un Accidente Cubierto, la Persona Cubierta debe ser internada en una unidad de cuidados intensivos de un hospital dentro de los seis meses a partir de la fecha del Accidente Cubierto. Aflac pagará beneficios solo por una internación en una unidad de cuidados intensivos de un hospital a la vez, incluso si es causada por más de un Accidente Cubierto, más de una Enfermedad Cubierta o un Accidente Cubierto y una Enfermedad Cubierta. Si Aflac paga beneficios por internación en una unidad de cuidados intensivos de un hospital y una Persona Cubierta es internada nuevamente en una unidad de cuidados intensivos de un hospital dentro de los seis meses debido a la misma condición o una condición relacionada, trataremos esta internación como el mismo periodo de internación.	\$250 por día

El ingreso/confinamiento se define como el ingreso como paciente residente en un hospital. Esto no incluye la remisión a una unidad de observación ni para tratamiento de urgencia o ambulatorio.

DEDUCCIONES DE NOMINA DEL PLAN DE INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA AFLAC			
	12 PAGA MENSUAL	21 NOMINAS	26 NOMINAS
Solo EE	\$27.55	\$15.74	\$12.72
EE + SP	\$54.15	\$30.94	\$24.99
EE + CH	\$39.25	\$22.43	\$18.12
FAM	\$65.85	\$37.63	\$30.39

Debe ser menor de 65 años al momento de la inscripción para tener derecho a la cobertura. La cobertura del empleado finaliza cuando este cumple 70 años. Para cubrir a su cónyuge.

El Folleto de la Indemnización Hospitalaria de Aflac esta disponible en el portal de beneficios THEbenefitsHUB

Se aplican limitaciones y exclusiones: para obtener una lista completa de exclusiones y limitaciones, consulte el Certificado de seguro. El Certificado también proporciona todos los requisitos necesarios para ser elegible para los beneficios.

Consideraciones para Inscripción

Nuevas Contrataciones/Recién Elegible—La emisión de la garantía está disponible durante el período de inscripción de nuevos empleados o recién elegibles. Se aplican limitaciones por condiciones preexistentes.

Limitación de Condición Preexistente

Una condición preexistente es una enfermedad o condición física que, dentro del período de 12 meses anterior a la fecha de vigencia, dio lugar a que el asegurado recibiera asesoramiento o tratamiento médico. Aflac no pagará beneficios por ninguna reclamación de indemnización hospitalaria que comience dentro de los 12 meses posteriores a la fecha de vigencia y que sea causada por, contribuya a o resulte de una condición preexistente.



LegalShield fue fundada en 1972, con la misión de hacer realidad la justicia igualitaria ante la ley. Como miembro, puede hablar con un abogado sobre cualquier asunto legal personal, sin importar cuán trivial o traumático sea, todo sin preocuparse por los altos costos por hora.

LegalShield Services LegalShield

- **Firma de Abogados Dedicados**
- **Consejo/Consulta Legal** sobre un número ilimitado de cuestiones jurídicas personales
- **Cartas/Llamadas** hechas a favor de usted
- **Contratos/Documentos Revisados** hasta 10 páginas cada uno
- **Asistencia con los documentos para préstamos de vivienda**
- **Los abogados preparan su testamento/testamento vital/poder notarial para atención médica**
- **Asistencia para multas por exceso de velocidad** (periodo de espera de 15 días)
- **Asistencia de Auditoría del IRS**
- **Defensa de Juicio** (si es nombrado acusado/demandado en una demanda cubierta civil)
- **Representación en casos de divorcio no disputado, separación, adopción y/o cambio de nombre** (disponible 90 días después de inscripción)
- **Descuento del 25% para miembros preferentes** (bancarrota, cargos criminales, conducir bajo los efectos del alcohol, lesión personal etc.)
- **Acceso de Emergencia de 24/7** para situaciones cubiertas

Los planes legales de LegalShield cubren al miembro; al cónyuge del miembro; a los hijos dependientes solteros menores de 21 años que vivan en el hogar; a los hijos dependientes menores de 18 años de los cuales el miembro sea el tutor legal; a los hijos dependientes solteros de hasta 23 años si son estudiantes universitarios a tiempo completo; o a los hijos dependientes con discapacidad física o mental. Hay una tarifa individual disponible para aquellos inscritos que no están casados, no tienen una pareja de hecho y no tienen hijos menores o dependientes. No hay beneficios familiares disponibles para los miembros del plan individual. Pregunte a su Asociado Independiente para obtener más detalles. Esta es una descripción general y es solo para fines ilustrativos. Los planes y servicios varían de un estado a otro. Consulte el contrato del plan de su estado de residencia para conocer los términos, la cobertura, las cantidades, las condiciones y las exclusiones completos.

IDShield Membership IDShield

- **El Monitoreo de Redes Sociales** le permite monitorear múltiples cuentas de redes sociales y fuentes de contenido para detectar riesgos de privacidad y reputación.
- **Monitoreo de Privacidad y Seguridad** Monitoreo de Internet de su nombre, fecha de nacimiento, número de seguro social, dirección de correo electrónico, números de teléfono y más. Seguimiento mensual de puntaje crediticio. Con el plan familiar, se incluye protección de identidad de menores y brinda monitoreo para hasta 8 niños menores de 18 años sin costo adicional.
- **Consulta** Su plan de protección de identidad incluye soporte en vivo las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año para emergencias cubiertas, asesoramiento ilimitado, alertas de identidad, notificaciones de violación de datos y protección en caso de pérdida de billetera.
- **Restauración completa de la identidad** realiza la mayor parte del trabajo de restauración necesario para restaurar la identidad de un miembro al estado previo al robo.
- **Póliza de protección de un millón de dólares** cubre los costos incurridos como resultado del robo de identidad, como pérdida de salarios, gastos de viaje, cuidado de niños y ancianos, consulta legal inicial y costos de contador público certificado.

La cobertura familiar de IDShield incluye al miembro, su cónyuge y hasta 8 hijos menores de 18 años. Los dependientes de entre 18 y 26 años reciben únicamente consultas y restablecimiento de la cobertura. Esta es una descripción general y solo tiene fines ilustrativos. Consulte los detalles del plan para conocer todos los términos, la cobertura, las cantidades, las condiciones y las exclusiones.



**Video de
Descripción General
del Producto**

LEGALSHIELD TASAS MENSUALES DE IDSHIELD		
	Solo Empleado	Familia
LegalShield	\$15.75	\$15.75
IDShield	\$8.95	\$18.95
Combinado LegalShield IDShield	\$24.70	\$30.70

**Para más información contacte: Bob Pilcher
(316) 215-5100 | bobpilcher58@gmail.com**

Ahorros para la Jubilación | Plan 403(b)

Empleados de Escuelas Públicas Derby son invitados a participar en contribuir a una cuenta protegida de impuestos. Todo empleado es elegible para participar.

CARACTERISTICAS DEL PLAN 403(B)	
Participación	• Todo empleado es elegible de participar. Empleados elegibles pueden unirse en el plan en cualquier tiempo. • Para comenzar a participar en el plan, debe completar el Acuerdo de Reducción Salarial y devolver el formulario a su asesor financiero o a su empleador. El Acuerdo de Reducción Salarial se utiliza tanto para comenzar a participar en el plan como para modificar sus reducciones salariales actuales.
Contribuciones	• Puede aportar hasta el 100% de su compensación al plan, hasta el límite permitido por el Código de Ingresos Internos (2026: aumento proyectado a \$24,500). • Si tiene 50 años o más, puede realizar una contribución de “recuperación” (2026: \$8,000) • Este plan prevé contribuciones de reducción salarial antes de impuestos. No paga impuestos federales sobre la renta ni, en la mayoría de los casos, impuestos estatales sobre la renta sobre sus contribuciones; sin embargo, se aplican los impuestos de Medicare y del Seguro Social. Por lo tanto, sus contribuciones antes de impuestos se excluyen de sus salarios imponibles en su W-2, pero se cuentan en sus salarios imponibles del Seguro Social y Medicare. Debido a que no ha pagado impuestos sobre la renta sobre este dinero, eventualmente (generalmente durante la jubilación cuando recibe los pagos) pagará impuestos sobre la renta sobre él. • También tiene la opción de elegir una contribución Roth después de impuestos.
Distributions	• Las distribuciones generalmente solo están disponibles cuando usted alcanza los 59-1/2 años; o experimenta una pérdida de empleo. • Las distribuciones también pueden estar disponibles en caso de dificultades financieras, muerte o discapacidad. • Las necesidades a corto plazo también pueden cubrirse a veces con préstamos no sujetos a impuestos. Debe analizar las opciones de distribución/préstamo con su asesor financiero para determinar cómo afectarán su cuenta 403(b) y su situación fiscal.
Inversiones	• Usted selecciona cómo quiere que se inviertan sus aportaciones en las opciones de inversión disponibles a través del proveedor de inversión aprobado • Un representante financiero a través de uno de los proveedores de inversión aprobados puede ayudarle en sus opciones de inversión.

¿Porque Contribuir?

- **Rebaje sus Impuestos Ahora**—Contribuciones que usted haga a base antes de impuestos pueden reducir su factura actual de impuestos sobre la renta
- **Crecimiento con Impuestos Diferidos**—Su cuenta puede crecer libre de impuestos hasta el momento del retiro.
- **Jubilación Mejorada**—Es posible que otras fuentes de ingresos de jubilación, incluidos los planes de pensiones estatales y, si corresponde, la Seguridad Social, no reemplacen adecuadamente el salario de una persona al jubilarse. Un plan 403(b) puede ayudar a proporcionar un complemento a los ingresos de jubilación de un empleado.



Para más información en el Plan 403(b), favor visite

<http://www.irs.gov/publications/p571/ch01.html>

Ahorros para la Jubilación | Plan 403(b)

PROVEEDORES PARTICIPANTES DE INVERSION 403(B)

Los siguientes proveedores de inversión están disponibles para el envío de contribuciones y transferencias de reducción salarial según el Plan 403(b):

Ameriprise Financial	Chad Langhofer chad.langhofer@ampf.com Rachel Wright rachel.wright@ampf.com	(316) 685-5353
Corebridge Financial (formerly AIG/Valic)	Atir Cherne atir.cherne@corebridgefinancial.com	(316) 755-6147
Edward Jones	Carla Schartz carla.schartz@edwardjones.com	(316) 687-9582
Equitable (formerly AXA)	Brandon McBeth brandon.mcbeth@equitable.com Rayce Hoepker rayce.hoepker@equitable.com	(316) 573-9388 (620) 365-0590
Security Benefits	Leasha Rutschman leasharutschman@ofgfinancial.com Ginger Hamilton gingerhamilton@ofgfinancial.com Ian Lindstrom ianlindstrom@ofgfinancial.com	(316) 461-5063 (316) 670-0049 (316) 990-8923
Voya (formerly ING)	Stephen Cross Sr. Stephen Cross Jr. Jonathan Cross stephen.crosssr@voyafa.com stephen.crossjr@voyafa.com jonathan.cross@voyafa.com 124 S. Baltimore Ste. F Derby, KS 67037	(316) 788-0788 ext. 1 (316) 788-0788 ext. 2 (316) 788-0788 ext. 3

2026 | Otros Beneficios

Participación DNEA

Todo personal puede optar en participar en el NEA.

Contacto

Kathy O'Brien | kobrien@usd260.com
Amy Heiberger | aheiberger@usd260.com

Fundación Educativa de Derby

Todo el personal puede optar por participar en la Fundación Educativa de Derby. Todos los ingresos de las deducciones voluntarias de la nómina se destinan a los estudiantes y al personal.

Contacte el Departamento de Nómina

United Way

United Way of the Plains es una organización de voluntarios local. United Way reúne a la comunidad para abordar cuestiones críticas, como el cuidado de los ancianos, los jóvenes en riesgo, la ayuda en caso de desastres y más.

Contacte el Departamento de Nómina

CONTINUACION DE COBERTURA DEL PLAN DE SALUD

Una ley federal, comúnmente conocida como COBRA (Ley Omnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria), le otorga a usted y a sus dependientes cubiertos el derecho a continuar con la cobertura del plan de salud en determinadas circunstancias en las que, de otro modo, finalizaría. Estas incluyen la terminación del empleo o la reducción de horas que cause la pérdida de la elegibilidad del plan del empleado cubierto, así como, en el caso de los dependientes cubiertos, la muerte del empleado cubierto, un divorcio o separación legal del empleado cubierto, o dejar de ser un hijo dependiente elegible del empleado.

ES MUY IMPORTANTE QUE NOTIFIQUE AL DEPARTAMENTO DE NÓMINA/BENEFICIOS DEL DISTRITO SI EXPERIMENTA UN DIVORCIO/SEPARACIÓN LEGAL O TIENE UN DEPENDIENTE QUE YA NO CUMPLE CON LAS REGLAS DE ELEGIBILIDAD DEL PLAN.

Si no notifica al Departamento de Nóminas/Beneficios sobre uno de estos eventos dentro de los 60 días, sus dependientes cubiertos perderán el derecho a continuar su cobertura bajo COBRA. Hay más detalles disponibles en el material de notificación de COBRA que se envía a los nuevos participantes del plan de salud.

AVISO DE PROVISIONES ESPECIALES DE INSCRIPCION

Si rechaza la inscripción para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a otra cobertura del plan de salud, es posible que en el futuro pueda inscribirse usted mismo y/o inscribir a sus dependientes en este plan, siempre que solicite la inscripción dentro de los 30 días posteriores a que usted o sus dependientes pierdan la elegibilidad para esa otra cobertura (o las contribuciones del empleador para esa cobertura). Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción, es posible que pueda inscribirse usted mismo y inscribir a sus dependientes, siempre que solicite la inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción. Para solicitar una inscripción especial, comuníquese con su Departamento de Nómina/Beneficios.

LEY DE DERECHOS DE LA MUJER EN MATERIA DE SALUD Y CÁNCER DE 1998

Si se ha sometido o tiene programada una mastectomía, puede tener derecho a determinados beneficios en virtud de la Ley de Derechos de la Mujer en Materia de Salud y Cáncer de 1998. En el caso de las personas que reciben beneficios relacionados con la mastectomía, se proporcionará cobertura de la manera que se determine, en consulta con el médico tratante y la paciente, para:

1. Toda etapa de reconstrucción del seno de la cual mastectomía en la que se realiza la mastectomía;
2. Cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica;
3. Prótesis; y
4. Tratamiento de complicaciones físicas durante toda etapa de mastectomía, incluyendo linfedemas.

Estos beneficios serán provistos, sujeto al mismo deducible, copago, y coaseguro a otro beneficio médico y quirúrgico bajo el mismo plan.

REGLAS ESPECIALES PARA MADRES Y RECIEN NACIDOS

En general, los planes de salud grupales y las compañías de seguros de salud no pueden, según la ley federal, restringir los beneficios por cualquier período de estadía en el hospital relacionado con el parto para la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal o menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe que el proveedor que atiende a la madre o al recién nacido, después de consultar con la madre, dé de alta a la madre o al recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, los planes y las compañías de seguros no pueden, según la ley federal, exigir que un proveedor obtenga autorización del plan o de la compañía de seguros para prescribir un período de estadía que no exceda las 48 horas o (96 horas).

PRIVACIDAD HIPAA

La ley exige que el Plan de Bienestar de las Escuelas Públicas de Derby tome medidas razonables para garantizar la privacidad de su información médica personal identificable y para informarle sobre los usos de la información médica protegida (PHI) y sus derechos de privacidad. El uso y la divulgación de PHI por parte del Plan de Bienestar de las Escuelas Públicas de Derby está regulado por la ley federal conocida como HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico). Se puede solicitar una copia impresa a través del Departamento de Nóminas/Beneficios.

ASISTENCIA PARA EL PAGO DE PRIMAS BAJO MEDICAID Y EL PROGRAMA DE SEGURO MÉDICO PARA NIÑOS (CHILDREN'S HEALTH INSURANCE PROGRAM, CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para la cobertura de salud de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia para las primas que puede ayudar a pagar la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no serán elegibles para estos programas de asistencia para las primas, pero es posible que puedan comprar cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para más información, visite www.healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y vive en un estado que figura a continuación, comuníquese con la oficina estatal de Medicaid o CHIP para averiguar si hay asistencia con las primas disponible..

Si usted o sus dependientes NO están actualmente inscritos en Medicaid o CHIP, y cree que usted o alguno de sus dependientes podrían ser elegibles para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina estatal de Medicaid o CHIP o llame al **1-877-KIDS NOW** o **www.insurekidsnow.gov** para averiguar cómo presentar la solicitud. Si reúne los requisitos, pregunte en su estado si existe un programa que pueda ayudarlo a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir asistencia con las primas de Medicaid o CHIP, así como también son elegibles según el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan de su empleador si aún no lo está. Esto se denomina una oportunidad de “inscripción especial” y **debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días posteriores a que se determine que es elegible para recibir asistencia con las primas**. Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo en www.askebsa.dol.gov o llame al 1-866-444-EBSA (3272).

Contacte su Estado para más información en elegibilidad —

KANSAS — Medicaid

Sitio Web: <https://www.kancare.ks.gov/>

Teléfono: 1-800-792-4884

Teléfono HIPP: 1-800-967-4660

Para obtener información adicional sobre el estado o para obtener más información sobre los derechos de inscripción especial, usted puede visitar <https://www.dol.gov/sites/dolgov/files/EBSA/laws-and-regulations/laws/chipra/model-notice.pdf> o contacte:

U.S. Department of Labor

Employee Benefits Security Administration

www.dol.gov/agencies/ebsa

1-866-444-EBSA (3272)

U.S. Department of Health and Human Services

Centers for Medicare & Medicaid Services

www.cms.hhs.gov

1-877-267-2323, Opción de Menú 4, Ext. 61565

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Pub. L. 104-13) (PRA), ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que dicha recopilación muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El Departamento señala que una agencia federal no puede realizar ni patrocinar una recopilación de información a menos que esté aprobada por la OMB conforme a la PRA y muestre un número de control de la OMB actualmente válido, y el público no está obligado a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control de la OMB actualmente válido. Consulte 44 U.S.C. 3507. Además, a pesar de cualquier otra disposición de la ley, ninguna persona estará sujeta a sanciones por no cumplir con una recopilación de información si la recopilación de información no muestra un número de control de la OMB actualmente válido. Consulte 44 U.S.C. 3512. Se estima que la carga de informes públicos para esta recopilación de información es de aproximadamente siete minutos en promedio por encuestado. Se alienta a las partes interesadas a enviar comentarios sobre la estimación de la carga o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, al Departamento de Trabajo de los EE. UU., Administración de Seguridad de Beneficios de Empleados, Oficina de Política e Investigación, Atención: Oficial de Autorización de PRA, 200 Constitution Avenue, N.W., Sala N-5718, Washington, DC 20210 o por correo electrónico a ebsa.opr@dol.gov y hacer referencia al Número de Control de la OMB 1210-0137.

OPCIONES DE COBERTURA EN EL MERCADO DE SEGURO MÉDICO Y SU COBERTURA DE SALUD**PARTE A: Información General**

Aun si le ofrecen cobertura médica a través de su empleo, es posible que tenga otras opciones de cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos ("Mercado"). Para ayudarlo a evaluar las opciones para usted y su familia, este aviso proporciona información básica sobre el Mercado de Seguros Médicos y la cobertura médica que se ofrece a través de su empleo.

¿Que es el Mercado del Seguro Médico?

El Mercado está diseñado para ayudarlo a encontrar un seguro médico que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El Mercado ofrece un "servicio integral" para encontrar y comparar opciones de seguros médicos privados en su área geográfica.

¿Puedo Ahorrar Dinero en Mis Primas del Seguro Médico en el Mercado?

Es posible que usted reúna los requisitos para ahorrar dinero y reducir su prima mensual y otros costos de bolsillo, pero solo si su empleador no ofrece cobertura u ofrece una cobertura que no se considera asequible para usted y no cumple con ciertos estándares de valor mínimo (que se analizan a continuación). Los ahorros a los que es elegible dependen de los ingresos de su hogar. También puede ser elegible para un crédito fiscal que reduzca sus costos.

¿Afecta la Cobertura Basada del Empleo la Elegibilidad para Ahorros de Primas Mediante el Mercado?

Sí. Si su empleador le ofrece una cobertura de salud que se considera asequible para usted y cumple con ciertos estándares de valor mínimo, no será elegible para un crédito fiscal, o pago por adelantado del crédito fiscal, por su cobertura del Mercado y es posible que desee inscribirse en su plan de salud basado en el empleo. Sin embargo, puede ser elegible para un crédito fiscal y pagos por adelantado del crédito que reducen su prima mensual, o una reducción en ciertos costos compartidos, si su empleador no le ofrece cobertura en absoluto o no ofrece una cobertura que se considere asequible para usted o que cumpla con los estándares de valor mínimo. Si su parte del costo de la prima de todos los planes que se le ofrecen a través de su empleo es más del 9.96% de su ingreso familiar anual, o si la cobertura a través de su empleo no cumple con el estándar de "valor mínimo" establecido por la Ley de Atención Médica Asequible, puede ser elegible para un crédito fiscal y pago por adelantado del crédito, si no se inscribe en la cobertura de salud basada en el empleo. Para los miembros de la familia del empleado, la cobertura se considera asequible si el costo de las primas del empleado para el plan de menor costo que cubriría a todos los miembros de la familia no excede el 9.96 % del ingreso familiar del empleado.^{1, 2}

Nota: Si compra un plan de salud a través del Mercado de Seguros Médicos en lugar de aceptar la cobertura médica que le ofrece su empleador, puede perder el acceso a lo que el empleador aporte a la cobertura basada en el empleo. Además, esta contribución del empleador (así como la contribución de su empleado a la cobertura basada en el empleo) generalmente se excluye de los ingresos para fines de impuestos federales y estatales. Sus pagos por la cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos se realizan después de impuestos. Además, tenga en cuenta que si la cobertura médica que le ofrece su empleador no cumple con los estándares de asequibilidad o valor mínimo, pero acepta esa cobertura de todos modos, no será elegible para un crédito fiscal. Debe considerar todos estos factores para determinar si comprar un plan de salud a través del Mercado de Seguros Médicos.

¿Cuándo Puedo Inscribirse para Cobertura del Seguro Médico Mediante el Mercado?

Puede inscribirse en un plan de seguro médico del Mercado de Seguros Médicos durante el Período de Inscripción Abierta anual del Mercado de Seguros Médicos. El Período de Inscripción Abierta varía según el estado, pero generalmente comienza el 1 de noviembre y continúa al menos hasta el 15 de diciembre.

Fuera del Período de Inscripción Abierta anual, puede inscribirse en un seguro médico si califica para un Período de Inscripción Especial. En general, califica para un Período de Inscripción Especial si ha tenido ciertos eventos de vida calificados, como casarse, tener un bebé, adoptar un niño o perder la elegibilidad para otra cobertura de salud. Dependiendo de su tipo de Período de Inscripción Especial, puede tener 60 días antes o 60 días después del evento de vida calificado para inscribirse en un plan del Mercado de Seguros Médicos.

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

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

² Un plan de salud patrocinado por el empleador o basado en el empleo cumple con el "estándar de valor mínimo" si la parte del plan de los costos totales de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costos. A los efectos de la elegibilidad para el crédito fiscal para primas, para cumplir con el "estándar de valor mínimo", el plan de salud también debe brindar una cobertura sustancial tanto de los servicios hospitalarios para pacientes internados como de los servicios médicos.

Las personas que reúnen los requisitos para el Mercado de Seguros Médicos y viven en estados donde HealthCare.gov ofrece sus servicios y presentan una nueva solicitud o actualizan una solicitud existente en HealthCare.gov entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024, y dan fe de una fecha de finalización de la cobertura de Medicaid o CHIP dentro del mismo período, son elegibles para un Período de Inscripción Especial de 60 días. **Esto significa que si pierde la cobertura de Medicaid o CHIP entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024, es posible que pueda inscribirse en la cobertura del Mercado de Seguros Médicos dentro de los 60 días posteriores a la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP.** Además, si usted o los miembros de su familia están inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP, es importante asegurarse de que su información de contacto esté actualizada para asegurarse de recibir cualquier información sobre los cambios en su elegibilidad. Para obtener más información, visite HealthCare.gov o llame al Centro de atención telefónica del Mercado de Seguros Médicos al 1-800-318-2596. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-889-4325.

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

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

Alternativamente, puede inscribirse en la cobertura de Medicaid o CHIP en cualquier momento completando una solicitud a través del Mercado de Seguros Médicos o directamente a través de la agencia de Medicaid de su estado.

Visite <https://www.healthcare.gov/medicaid-chip/getting-medicaid-chip/> para obtener más detalles.

¿Como Puedo Obtener Más Información?

Para obtener más información sobre la cobertura ofrecida a través de su empleo, consulte la descripción resumida del plan de su plan de salud o comuníquese con su empleador como se indica a continuación.

El Mercado le puede ayudar a evaluar sus opciones de cobertura, incluyendo elegibilidad mediante el Mercado y su costo. Favor de visitar [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) para más información, incluyendo aplicación en línea para cobertura del seguro de salud e información de contacto para un Mercado de Seguro Médico en su área.

PARTE B: Información Acerca Cobertura de Salud Ofrecida por su Empleador

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

Nombre del Empleador:	Escuelas Públicas Derby USD 260
EIN del Empleador:	48-0727674
Domicilio del Empleador:	1550 E. Walnut Grove Derby, KS 67037
# de Teléfono del Empleador:	(316) 788-8400
Persona de Contacto:	Departamento de Nómina/Beneficios

Aquí esta alguna información básica sobre la cobertura de salud ofrecida por este empleador:

- Ofrecemos un plan de salud a empleados trabajando 20 horas o más por semana
- Dependientes elegibles son: Cónyuge Legal e Hijos hasta la edad de 26, incluyendo hijastro, adoptado o de crianza, y cualquier niño que usted tenga tutela legal u custodia ordenada por el tribunal. Un niño que no sea capaz de mantenerse por sí mismo debido a una discapacidad resultante de una condición física o enfermedad mental puede ser aprobado por encima del límite de edad permitido de 26 años.
- Esta cobertura está destinada a cumplir con el estándar de valor mínimo, y el costo de esta cobertura para usted está destinado a ser asequible, en función de los salarios de los empleados.

****** Incluso si su empleador tiene la intención de que su cobertura sea asequible, usted puede ser elegible para un descuento en la prima a través del Mercado de Seguros Médicos. El Mercado de Seguros Médicos utilizará los ingresos de su hogar, junto con otros factores, para determinar si usted puede ser elegible para un descuento en la prima. Si, por ejemplo, su salario varía de una semana a otra (quizás es un empleado por horas o trabaja a comisión), si se contrató por primera vez a mitad de año o si tiene otras pérdidas de ingresos, aún puede ser elegible para un descuento en la prima.

Si decide comprar cobertura en el Mercado de Seguros Médicos, **HealthCare.gov** lo guiará a través del proceso. La información anterior es la información del empleador que ingresará cuando visite **HealthCare.gov** para averiguar si puede obtener un crédito fiscal para reducir sus primas mensuales.

Lea atentamente este aviso y guárdelo en un lugar donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados con Escuelas Públicas Derby USD 260 y sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarlo a decidir si desea o no unirse a un plan de medicamentos de Medicare. Si está considerando unirse, debe comparar su cobertura actual, incluidos los medicamentos que están cubiertos y a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su área. La información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados se encuentra al final de este aviso.

Hay dos cosas importantes que usted necesita saber sobre su cobertura actual y la cobertura de medicamento de Medicare:

1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare se puso a disposición de todos los beneficiarios de Medicare en 2006. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare o en un plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) que ofrezca cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare ofrecen al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
2. Blue Cross Blue Shield of Kansas ha determinado que se espera que la cobertura de medicamentos recetados ofrecida por Escuelas Públicas Derby USD 260 pague, en promedio, para todos los participantes del plan, tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y, por lo tanto, se considera cobertura acreditable. Debido a que su cobertura actual es cobertura acreditable, puede mantenerla y no pagar una prima más alta (una multa) si luego decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare.

¿Cuándo Puedo Unirme a un Plan de Medicamento de Medicare?

Puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare cuando sea elegible por primera vez y cada año desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Sin embargo, si pierde su cobertura actual de medicamentos recetados válida, por causas ajenas a su voluntad, también será elegible para un Período de inscripción especial (SEP) de dos (2) meses para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

¿Qué sucede con su cobertura actual si decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare?

Si decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura actual de USD 260 de Escuelas Públicas Derby no se verá afectada. Los participantes del plan pueden mantener su cobertura de medicamentos recetados bajo el plan de salud grupal si seleccionan la cobertura de medicamentos recetados de Medicare Parte D. Si seleccionan la cobertura de medicamentos recetados de Medicare Parte D, la cobertura de medicamentos recetados del plan de salud grupal se coordinará con la cobertura de medicamentos recetados de Medicare Parte D. Si decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare y cancelar su cobertura actual de USD 260 de Escuelas Públicas Derby, tenga en cuenta que usted y sus dependientes podrán recuperar esta cobertura.

¿Cuándo pagaré una prima más alta (multa) para unirme a un plan de medicamentos de Medicare?

También debe saber que si abandona o pierde su cobertura actual con Escuelas Públicas Derby USD 260 y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días continuos posteriores a la finalización de su cobertura actual, puede pagar una prima más alta (una multa) para unirse a un plan de medicamentos de Medicare más adelante. Si pasa 63 días continuos o más sin una cobertura de medicamentos recetados acreditable, su prima mensual puede aumentar al menos un 1 % de la prima básica del beneficiario de Medicare por mes por cada mes que no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin una cobertura acreditable, su prima puede ser constantemente al menos un 19 % más alta que la prima básica del beneficiario de Medicare. Es posible que deba pagar esta prima más alta (una multa) mientras tenga cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que deba esperar hasta el siguiente octubre para unirse.

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

Nombre de Entidad/Remitente: Escuelas Públicas Derby USD 260
 Contacto--Posición/Oficina: Departamento de Nómina/Beneficios
 Domicilio: 1550 E. Walnut Grove Rd. | Derby, KS 67037
 Numero de Teléfono: (316) 788-8400
 Fecha de Impresión: noviembre 2025

Para Más Información Acerca Sus Opciones Bajo la Cobertura de Medicamentos de Medicare ...

Más información detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamento se encuentra en el manual de "Medicare & You". Usted recibirá una copia del manual en el correo cada año de parte de Medicare. Usted también puede ser contactado directamente por los planes de medicamento de Medicare.

Para más información sobre la cobertura de medicamento de Medicare:

- Visite www.medicare.gov
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (consulte la contraportada interior de su copia del manual "Medicare & You" para obtener su número de teléfono) para obtener ayuda personalizada.
- Llame 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios TTY deberían llamar 1-877-486-2048.

Si tiene ingresos y recursos limitados, hay ayuda adicional disponible para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite el sitio web del Seguro Social en www.socialsecurity.gov, o llámelos al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).





DEPARTAMENTO DE NÓMINA/BENEFICIOS

Mary Shannon

mshannon@usd260.com | (316) 788-8413

Rachael Hochstetler

rhochstetler@usd260.com | (316) 788-8422

Denise Bird

dbird@usd260.com | (316) 788-8444

WELLNESS PROGRAM

Annie Vigil

avigil@usd260.com | (316) 788-8535

CONSULTANTE DE BENEFICIOS

Jennifer Kurth

Jennifer.kurth@bbrown.com

(316) 448-5114

Ruth Shank

Ruth.shank@bbrown.com

(316) 448-5118

LUCET PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA EL EMPLEADO	eap.lucethealth.com Obtenga ayuda ----- 800-624-5544 Código de acceso de la Compañía EAP ----- usd260
BLUE CROSS BLUE SHIELD OF KANSAS COBERTURA MÉDICA Y DE MEDICAMENTOS	www.bcbsks.com Servicios del Miembro ----- 800-432-3990 Farmacia de Especialidad ----- 833-721-1620 AmWell Telehealth ----- 844-733-3627
DELTA DENTAL OF KANSAS COBERTURA DENTAL	www.deltadentalks.com Servicio al cliente ----- 800-234-3375
SURENCY LIFE & HEALTH COBERTURA DE LA VISION CUENTAS DE AHORROS PARA LA SALUD CUENTAS DE GASTOS FLEXIBLES	www.surency.com Servicio al cliente ----- 866-818-8805
STANDARD SEGURO DE LA VIDA SEGURO DE DISCAPACIDAD	www.standard.com Contacte a Recursos Humanos para preguntas relacionadas a beneficios
RELIANCE STANDARD 3-EN-1 PLAN COMPLEMENTARIO	www.reliancestandard.com Servicio al cliente ----- 800-351-7500
AFLAC PLAN DE ACCIDENTE PLAN DE ENFERMEDAD GRAVE PLAN DE INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA	www.aflac.com Sevicio al cliente----- 800-594-0880 Mark Bryan m1_bryant@us.aflac.com ----- 316-708-1712
LEGALSHIELD IDSHIELD SERVICIOS LEGALES PROTECCION CONTRA EL ROBO DE IDENTIDAD	www.legalshield.com Contacto ----- Bob Pilcher Correo electrónico-----bobbilcher58@gmail.com

Derby Public Schools

1550 E. Walnut Grove Rd.

Derby, KS 67037

(316) 788-8400

Descargo de responsabilidad: Esta Guía de Recursos sobre Beneficios está diseñada para proporcionar información básica sobre los planes y programas de beneficios disponibles para los empleados elegibles de las Escuelas Públicas de Derby USD 260. Este documento simplemente resume los planes y programas de beneficios para empleados y no detalla todos los términos, condiciones, restricciones y exclusiones contenidos en los documentos del plan, los contratos con las aseguradoras ni las Descripciones Resumidas del Plan (SPD) (la "documentación del plan") para los diversos planes y programas de beneficios. Se ha hecho todo lo razonablemente posible para garantizar la exactitud de la información contenida en este documento; sin embargo, en caso de discrepancia entre la información de este documento y la documentación del plan, prevalecerán las disposiciones descritas en la documentación del plan. Este documento no crea ningún derecho contractual para ningún empleado actual o anterior de las Escuelas Públicas de Derby USD 260, ni para ninguna otra persona. Las disposiciones de la documentación del plan aplicable regirán la determinación de los derechos de cualquier persona bajo cualquier plan o programa de beneficios para empleados. Las Escuelas Públicas de Derby USD 260 se reservan el derecho de modificar o cancelar cualquiera de sus planes y programas de beneficios para empleados en cualquier momento, sin previo aviso ni justificación.



Brown & Brown Insurance Services, Inc.
(316) 448-5201 | BBrown.com