

2026-2027 BENEFICIOS

HIGLEY USD NO. 60

KAIROS
HEALTH ARIZONA, INC.

ANTES DE COMENZAR

ÍNDICE

3 CÓMO EMPEZAR

4 REGLAS DEL PLAN

5 EXPLICACIÓN DE SUS BENEFICIOS

6 BENEFICIOS MÉDICOS

7 BENEFICIOS FARMACÉUTICOS

8 APOYO ADICIONAL

9 PROGRAMAS DE BIENESTAR

10 AWARE HEALTH

11 ASISTENCIA AL EMPLEADO

12 DÓNDE BUSCAR ATENCIÓN

13 INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN

14 PLANES MÉDICOS

18 BENEFICIOS VOLUNTARIOS

31 AVISOS DEL PLAN DE SALUD

LISTA DE VERIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN

ELIJA SU PLAN
Seleccione una opción de programa médico y decida a quién va a cubrir.

HAGA UNA CONTRIBUCIÓN A SU CUENTA
Si usted tiene la opción de inscribirse en un plan de salud con deducible alto (high deductible health plan, HDHP), no se pierda la oportunidad de hacer contribuciones a la cuenta de ahorros para la salud (health savings account, HSA).

CUIDE A SUS SERES QUERIDOS
Revise y actualice las designaciones de beneficiarios para los beneficios del seguro de vida según sea necesario.

¿SUS DEPENDIENTES AÚN SON ELEGIBLES?
Confirme que todos los dependientes hasta los 26 años de edad sigan cumpliendo los requisitos para estar inscritos.

ELIJA SUS OTRAS COBERTURAS
Si corresponde, revise y decida si desea elegir algún beneficio adicional pagado por el empleado.

¿TIENE PREGUNTAS?

COMUNÍQUESE CON KAIROS
888.331.0222
svc.kairoshealthaz.org

UMR
Beneficios médicos
844.212.6811
umr.com

MEDIMPACT
Beneficios de medicamentos de venta con receta
888.274.4417
medimpact.com

TELADOC
Beneficios de telemedicina
800.835.2362
teladoc.com

CONOZCA KAIROS

¡Hola! Somos Kairos, el administrador de su plan de beneficios. En caso de duda, llame a Kairos si tiene alguna pregunta sobre esta guía. También encontrará información de contacto de nuestros programas socios. **Somos sus amigables expertos; ¡estamos a su disposición para ayudarle!**

AÑO DEL PLAN

El plan de Kairos se extiende del 1 de julio al 30 de junio de cada año. Esto significa que cada 1 de julio se restablecerán los deducibles y los máximos de desembolso personal.

¿QUÉ HAY DE NUEVO?

Este año, se han introducido interesantes mejoras, que se indican en la sección correspondiente de la guía. Simplemente busque todo lo que esté marcado como "¡nuevo!".

ACERCA DE ESTA GUÍA

Esta guía interactiva ofrece un resumen de las opciones de beneficios para ayudarle a tomar las decisiones correctas para usted y su familia. En caso de conflicto entre esta guía y la redacción de los documentos del plan, regirán los documentos del plan. Puede solicitar una copia del documento del plan.

CÓMO SE USA

Es muy fácil de usar; solo tiene que seguir estas instrucciones.

¿Está buscando algo? *Para navegar por la Guía electrónica, simplemente haga clic en las páginas mediante las flechas. ¿Prefiere saltar a una determinada sección? Simplemente haga clic en los iconos del* **Índice** *o de las* **Páginas** *para ir directamente a la sección que necesita.*
También verá una barra de **Búsqueda**. *Cuando esté buscando algo, simplemente escriba la palabra en la barra de búsqueda para ir a esa sección.*

Enlaces en los que se puede hacer clic. *Cuando vea un icono como los que aparecen abajo, simplemente haga clic en él para obtener acceso a más información y poder hacer lo siguiente:*



Ir a sitios de Internet, portales de miembros y documentos



Mirar un breve video educativo



Escuchar una voz en off sobre la información de la página correspondiente (haga clic para iniciar o detener la voz en off)



Enviar un correo electrónico y ponerse en contacto con alguien

¡IMPORTANTE!

Tenga en cuenta que la función de voz en off de esta guía solo funcionará si usa el enlace electrónico proporcionado. Además, no todas las páginas ofrecen la opción de voz en off. Si descarga la Guía electrónica en formato PDF, la voz en off no funcionará. Para obtener un enlace a su Guía electrónica, comuníquese con Kairos (888.331.0222) o con la empresa para la cual trabaja.

REGLAS DEL PLAN

¿QUIÉN ES ELEGIBLE?

La elegibilidad varía, pero las siguientes son algunas categorías generales de elegibilidad:

- ✓ *Empleados a tiempo completo que trabajan al menos 30 horas por semana*
- ✓ *Empleados a tiempo parcial que trabajan al menos 20 horas por semana (solo cobertura auxiliar)*
- ✓ *Dependientes de empleados inscritos, incluidos:*
  - *cónyuges legalmente casados*
  - *parejas de unión libre (los hijos de las parejas de unión libre no son elegibles)*
  - *hijos dependientes de hasta 26 años*
  - *hijos solteros que tienen discapacidades mentales o físicas, y dependen completamente del empleado inscrito para su apoyo y manutención*

¿CUÁNDO PUEDO HACER UN CAMBIO?

Usted puede hacer cambios o elegir beneficios una vez al año durante las inscripciones abiertas. Fuera de las inscripciones abiertas, el Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) establece que debe ocurrir un "evento de vida que califica" para poder hacer cambios en sus beneficios.

Ejemplos de eventos de vida que califican:

- *Matrimonio, divorcio, separación legal o anulación de matrimonio*
- *Nacimiento, adopción, puesta en adopción o tutela legal de un hijo*
- *Fallecimiento de un dependiente*
- *Cambio en el empleo de su cónyuge o pérdida involuntaria de la cobertura de salud del plan de otra empresa para la cual trabaja*
- *Cambio en la situación de elegibilidad de su dependiente*

Si usted tiene un evento de vida que califica y necesita hacer un cambio en sus beneficios, debe notificar a la empresa dentro **de los 31 días** *del evento. De lo contrario, tendrá que esperar hasta el próximo período de inscripciones abiertas.*

¿TUVO UN BEBÉ?

Si tuvo un bebé hace poco, tenga en cuenta que los recién nacidos ***no*** *se agregan automáticamente a su cobertura médica. Usted debe notificar a la empresa dentro de los 31 días de la fecha del nacimiento y pagar la cantidad total de la prima por el mes en que se agrega al hijo.*

Si no actúa dentro de los 31 días siguientes al nacimiento, tendrá que esperar hasta el próximo período de inscripciones abiertas para agregar a su hijo a sus beneficios.

¿ES ELEGIBLE PARA LA COBERTURA DEL MERCADO DE SEGUROS DE SALUD?

Si pierde una cobertura médica a través del Mercado a mediados de año, no podrá inscribirse en el plan de Kairos fuera de su período de inscripciones abiertas. Sin embargo, usted puede dejar su cobertura médica de Kairos para inscribirse en un plan del Mercado fuera de su período de inscripciones abiertas.

GALLAGHER (ANTES LIG SOLUTIONS)

Hablando de otras coberturas, Kairos se ha asociado con Gallagher, anteriormente LIG Solutions, para ayudarle a comparar sus opciones de seguro médico, como Medicare, COBRA, la cobertura individual y más. Comuníquese con Gallagher al 866.676.8502 o visite ahs-partner-us.ajg.com/Kairos-Arizona/.

COMENCEMOS POR LOS ASPECTOS BÁSICOS

Ya sabemos que el seguro es complicado. Pero no tiene por qué serlo. Kairos se esfuerza por simplificárselo al proporcionarle información didáctica, videos breves y al dedicarle el tiempo necesario para guiarlo.

Así que empecemos por lo básico: qué es un deducible y cómo funciona. Mire este breve video que explica los distintos términos y cómo funciona un plan.

Aspectos Básicos sobre los Beneficios Médicos
Haga clic en el enlace o escanee el código para mirar este video rápido

CÓMO FUNCIONA UN PLAN MÉDICO

Veamos juntos un ejemplo de cómo usar un deducible de $2,000 con un máximo de desembolso personal de $4,000.

USTED PAGA	LOS DOS PAGAN	KAIROS PAGA
DEDUCIBLE DE $2,000 *Usted es responsable de pagar el 100% de los costos*	***COASEGURO DEL 20%*** *Después de su deducible, usted paga el 20% de los gastos y Kairos paga el 80%*	***DESEMBOLSO PERSONAL DE $4,000*** *Después de su máximo, Kairos paga el 100% de todos los gastos*

Nota: Esta es una descripción general de cómo funciona un plan médico. Las cantidades reales pueden variar según los planes que ofrezca la empresa para la cual trabaja. Recuerde siempre permanecer dentro de la red para maximizar sus beneficios. Consulte la sección de planes médicos para obtener más detalles sobre los planes que se le ofrecen.

LA PREVENCIÓN NO TIENE PRECIO

Hay servicios de un plan médico que se pagan al 100% cuando se visita a un proveedor dentro de la red. Se llaman servicios preventivos o atención de bienestar.

Entre los ejemplos de beneficios preventivos, se incluyen:

- ✓ *Visita de bienestar anual*
- ✓ *Exámenes de próstata*
- ✓ *Vacunas antigripales y de otro tipo*
- ✓ *Exámenes de audición*
- ✓ *Mamografías*
- ✓ *Colonoscopias*
- ✓ *Exámenes de detección del cáncer*
- ✓ *Anticonceptivos genéricos*
- ✓ *Controles de presión arterial*

Pero, ¿qué ocurre si recibo una factura de mi proveedor por un examen de bienestar calificado?

Esto podría significar que el examen que le realizaron era de diagnóstico o que lo codificaron incorrectamente. Póngase en contacto con Kairos y le ayudaremos a corregirlo: 888.331.0222.

UMR

UMR es el procesador de reclamos médicos y usa la red UnitedHealthcare (UHC) Choice Plus. Esta es una red PPO, que es un grupo de proveedores de atención de la salud que hacen un descuento en lo que le cobran por los servicios. Al atenderse dentro de la red, los servicios le costarán menos.

¿Y qué hace Kairos?



KAIROS
El Plan

Kairos administra y financia todos los planes de atención de la salud y las coberturas voluntarias. También trabajamos estrechamente con la empresa para la cual usted trabaja para administrar sus beneficios.



UnitedHealthcare
La Red Médica

Los planes médicos de Kairos usan la red de UnitedHealthcare. Si su médico le pregunta qué red médica tiene, usted deberá decirle: "United Choice Plus".



UMR
Administración de Reclamos de

UMR procesa sus reclamos médicos. Cuando usted consulta a su médico, este envía el reclamo a UMR. Si tiene preguntas sobre su cobertura médica, llame a Kairos o a UMR (no a United).

BUSQUE UN MÉDICO

Si quiere buscar un médico, ¡no es necesario iniciar sesión! En cambio, siga estos pasos simples:

- ✓ *Visite umr.com*
- ✓ *Seleccione "Find a Provider" (Buscar un Proveedor)*
- ✓ *En la barra de búsqueda "Provider Network" (Red de Proveedores), escriba el nombre de la red:* ***UnitedHealthcare Choice Plus***
- ✓ *Haga clic en "Search" (Buscar) y, a continuación, vea los proveedores*
- ✓ *Escriba su dirección o código postal*

Ahora, podrá buscar por nombre de proveedor, ubicaciones, servicios y más.

ADMINISTRE SUS BENEFICIOS

Cree su cuenta móvil en umr.com para aprovechar al máximo sus beneficios médicos. Necesitará tener su tarjeta de identificación a mano para registrarse. Después de eso, usted puede:

- ✓ *Ver/imprimir/solicitar tarjetas de identificación*
- ✓ *Ver reclamos médicos*
- ✓ *Revisar su deducible y sus límites de desembolso personal*
- ✓ *Buscar la mejor atención y la más eficiente en costo*

¿Lo sabía?

No todos los médicos y establecimientos cobran la misma cantidad por los servicios.

Las personas que comparan costos antes de recibir atención pagan un 36% menos.

Si compara costos antes de contratar un seguro de automóvil, ¿por qué no haría lo mismo con su atención médica?

Cuando inicie sesión en el portal de UMR, aproveche su Herramienta de Transparencia de Costos (Cost Transparency Tool) para obtener los costos aproximados de los servicios.

BENEFICIOS FARMACÉUTICOS

MEDIMPACT

NUEVO: A partir del 1 de julio de 2026, Kairos se asociará con MedImpact para los servicios de administración de beneficios de farmacia.

Cuando usted se inscriba en nuestro plan médico recibirá automáticamente cobertura de medicamentos con receta por medio de Med Impact.
Este beneficio le permite surtir medicamentos con receta a través de cualquier farmacia participante que esté dentro de la red de farmacias.

ADMINISTRE SUS BENEFICIOS

A partir del 1 de julio de 2026, su cobertura de farmacia incluye acceso a un portal para miembros de Med Impact. De un vistazo, puede usar el portal para miembros para:

- ✓ *Ver sus medicamentos*
- ✓ *Administrar los resurtidos de farmacia*
- ✓ *Suscribirse al envío a domicilio*
- ✓ *Buscar precios de farmacias y medicamentos*

CONSEJOS:

- *Si está inscrito en un plan de salud con deducible alto (si lo ofrece la empresa para la cual trabaja), debe pagar el costo total de los medicamentos antes de alcanzar su deducible, a menos que se considere un medicamento preventivo cubierto y calificado.*
- *Debido a que el mercado está en constante cambio, los medicamentos cubiertos cambian a menudo durante todo el año. Si alguna vez le preocupa que un medicamento esté cubierto, comuníquese con MedImpact al número de abajo o con Kairos (888.331.0222).*
- *Si le gusta la comodidad, suscríbase al servicio de pedido por correo para recibir sus medicamentos para 90 días directamente en la puerta de su casa. Quizás esta no sea una opción para todos.*

MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS

NUEVO: A partir del 1 de julio de 2026, los medicamentos especializados se surtirán por medio de ArchimedesRx.

Archimedes ofrece programas clínicos y de seguridad de alto nivel diseñados para las necesidades únicas de los pacientes que toman un medicamento especializado.

Med Impact y Archimedes son dos organizaciones distintas que trabajarán juntas para garantizar que usted no tenga una demora en la atención de salud.

¿Qué significa este cambio para usted?

- *Seguirá usando su tarjeta de identificación (ID) estándar cuando surta sus medicamentos.*
- *Archimedes puede comunicarse con usted por carta o llamada telefónica.*
- *Su medicamento especializado se surtirá en Archimedes Specialty Pharmacy. Visite www.archimedesrx.com.*
- *Archimedes puede ayudarle a inscribirse en programas de asistencia con copagos, si corresponde.*
- *Se seguirán necesitando autorizaciones previas para medicamentos selectos.*

Si tiene preguntas sobre su medicamento especializado o este proceso, comuníquese con Archimedes al 888.525.4075 después del 1 de julio.

APOYO ADICIONAL

ENFERMERAS DE SU LADO

Manejar la atención de la salud y los seguros puede ser complicado y abrumador. Nosotros podemos ayudar con esas cuestiones. A través del programa de las ***Asesoras Enfermeras de KairosPro*** *, nuestras enfermeras internas especializadas le ayudan a guiarse por el sistema de atención de la salud, a elegir el mejor tratamiento y a mantener sus costos al mínimo.*

KAIROSPRO NAVIGATORS

Con este programa, usted tiene una persona real de su lado que no solo tiene formación clínica, sino que entiende su cobertura de seguro y está a su disposición para brindarle apoyo **sin costo para usted.**

¿Cómo pueden ayudarle nuestras enfermeras?

- ✓ *Buscan proveedores dentro de la red*
- ✓ *Le ayudan con apelaciones y autorizaciones previas*
- ✓ *Revisan y controlan los reclamos*
- ✓ *Obtienen recetas e indicaciones médicas*
- ✓ *Controlan los medicamentos y tratamientos médicos de alto costo*
- ✓ *Coordinan los servicios médicos, las recetas y los suministros de equipo médico duradero*
- ✓ *Controlan las admisiones como paciente hospitalizado*
- ✓ *Le ayudan con las necesidades después del alta*
- ✓ *Supervisan y colaboran con los programas asociados de administración de casos*
- ✓ *Coordinan la reorientación de la atención, si corresponde*
- ✓ *Asisten a eventos de pruebas biométricas in situ y participan en las actividades de divulgación y seguimiento*
- ✓ *Investigan y conectan a los miembros con los recursos comunitarios*

Extra: *¡Apoyo de salud mental personalizado para encontrar proveedores de salud mental dentro de la red, coordinar recursos para después del alta y mucho más!*

¿Desea hablar con una Enfermera Asesora? Llame al 888.331.0222 o envíe un correo electrónico a nurse@kairoshealthaz.org

(Incluya el nombre de la empresa para la cual trabaja y evite enviar por correo electrónico información confidencial y personal).

EVITE IR A LA SALA DE EMERGENCIAS Y USE TELADOC

Teladoc permite a quienes estén inscritos en el plan médico usar su teléfono o computadora para realizar una visita virtual en directo con un profesional médico certificado por la Junta Médica, en cualquier día, en cualquier momento, en cualquier lugar.

TELADOC

SERVICIOS CUBIERTOS

- **Medicina general:** *Trate el resfrío y la gripe, las alergias, la amigdalitis estreptocócica, etc.*
- **Dermatología:** *Trate la psoriasis, el eccema, el acné, etc. (sin necesidad de llamar por teléfono)*
- **Terapia:** *Apoyo para ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria, depresión, etc.*

NUEVO: *A partir del 1 de julio de 2026, los servicios de Teladoc para quienes tienen un plan de salud con deducible alto ya no tendrán un copago cuando soliciten servicios.*

¡ESPERE! ¿SE REGISTRÓ?

Debe crear una cuenta a través de Teladoc antes de poder acceder a sus beneficios. Haga clic en el enlace, escanee el código o llame a Teladoc al 800.835.2362.

Nota: Los dependientes inscritos mayores de 18 años deben establecer su propia cuenta de Teladoc antes de recibir atención.

PROGRAMAS DE BIENESTAR

*Nuestros programas de bienestar —disponibles a través de **KairosPro Wellness**— incluyen una variedad de opciones para ayudar a promover una vida más saludable y más feliz. Aproveche estas ofertas sin costo (a menos que vea que se indica un costo).*

KAIROSPRO WELLNESS

Programa de acondicionamiento físico Active&Fit

A partir de $28 por mes, obtendrá acceso a más de 18,000 centros de acondicionamiento físico sin contratos a largo plazo. También obtendrá acceso a videos de entrenamiento en línea, asesoramiento personalizado sobre la vida y opciones para inscribir a su cónyuge.

Para obtener más información o acceder a los códigos de promoción, visite kairoshealthaz.org/AFD.

Centro de bienestar en línea

Nuestro centro de bienestar en línea ofrece actividades de bienestar para que usted se mantenga encaminado y siga una dieta saludable, controle su peso, realice actividad física, etc. Además, el **Programa Live Well Reward$:** *Programa sólido de incentivos que ofrece recompensas por realizar actividades específicas.*

Para acceder, inicie sesión en umr.com, "Health Center" (Centro de Salud), y "Wellness Activity Center" (Centro de Actividades de Bienestar).

Real Appeal

Un programa sin costo para llevar un estilo de vida saludable y bajar de peso que se ofrece a empleados y dependientes mayores de 18 años. Los participantes inscritos en el plan médico que califiquen según su índice de masa corporal o sus comorbilidades pueden trabajar directamente con un asesor de salud.

Regístrese en enroll.realappeal.com.

Herramienta de descuentos

A través de EmployeeNetwork.com, puede registrarse para recibir más de 300 descuentos exclusivos, que incluyen boletos para parques temáticos, conciertos, eventos deportivos y mucho más.

Use el **Código de la Compañía: Higley** *cuando se inscriba.*

Programas CARE (de ATENCIÓN)

***Programa de atención de maternidad:** Ya sea que esté considerando la posibilidad de tener un bebé o que ya esté embarazada, el programa UMR Maternity CARE puede explicarle cómo reducir su riesgo de complicaciones y prepararla para tener un buen embarazo a término y un bebé sano. ¡Recibirá un incentivo de $25 por terminar el programa!*

***Programa de atención de condiciones crónicas:** Este programa es para aquellos que necesitan ayuda para manejar condiciones crónicas como diabetes, EPOC, asma, hipertensión, etc.*

***Programa de atención de condiciones complejas:** Reciba ayuda con casos complejos, como trasplantes, oncología, maternidad de alto riesgo y atención neonatal.*

BOLETÍN VITALITY VIBE DE KAIROS

Vitality Vibe es su boletín mensual dedicado a promover hábitos y recetas saludables, ofertas de bienestar y otros valiosos conocimientos sobre los beneficios.

Para consultar los boletines anteriores, inicie sesión en nuestro sitio web para miembros en: svc.kairoshealthaz.org y visite la pestaña Resources (Recursos).

FISIOTERAPIA VIRTUAL

Los participantes del plan inscritos en un plan médico tienen acceso a atención virtual gratuita de ortopedia y fisioterapia a través de Aware Health. Este servicio está totalmente cubierto por su seguro y es ilimitado.

FISIOTERAPIA

Intervención terapéutica para mejorar la movilidad, tratar el dolor y mejorar la función física general. ¡Siempre pruebe la fisioterapia antes de una cirugía!

- *Molestias y dolores crónicos*
- *Dolor en la parte superior del cuerpo, en los hombros, las muñecas y el cuello*
- *Dolor en la parte inferior del cuerpo, en la espalda, las caderas, las rodillas y los pies*
- *Incontinencia del piso pélvico*
- *Dolor de cabeza y de mandíbula*
- *¡Y mucho más!*

SALUD Y BIENESTAR

Optimizar el bienestar general mediante intervenciones personalizadas en el estilo de vida y los movimientos. Servicios de salud y bienestar prestados por un médico de fisioterapia.

- *Ergonomía*
- *Planificación de objetivos*
- *Orientación nutricional*
- *Higiene del sueño*
- *Estrategias de afrontamiento positivas*
- *¡Y mucho más!*

CÓMO FUNCIONA

1. *Visite www.kairos.awarehealth.io*
2. *Siga las indicaciones para crear su cuenta y describa su condición. Esto abrirá un episodio de atención médica para usted.*
3. *Programe una evaluación a partir de los momentos disponibles.*
4. *Reúnase con su proveedor a través de Zoom en el horario programado.*
5. *¡Comience el tratamiento! Las sesiones duran aproximadamente 25 minutos y se realizan virtualmente.*



"La participación en el programa de Fisioterapia de Aware Health fue una de las mejores decisiones que he tomado para mi dolor de espalda. Las reuniones a través del Zoom eliminaron el estrés de programar y viajar a múltiples citas cada semana, lo que fue un enorme alivio. El médico tenía muchos conocimientos y fue muy atento, y adaptó mi tratamiento a mis necesidades y progresos. Terapia totalmente recomendable para cualquier persona que necesite alivio del dolor."

- Testimonio de un participante de Kairos que utiliza Aware Health

PROGRAMA DE ASISTENCIA AL EMPLEADO (EAP) DE COMPSYCH

A todos nos viene bien un poco de ayuda a veces. Ahí es donde entra en juego su beneficio del Programa de Asistencia al Empleado (Employee Assistance Program, EAP). A través del programa de asistencia al empleado (EAP) con ComPsych, usted puede hablar con un asesor de orientación altamente capacitado y compasivo que puede ayudarles a usted y a su familia las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

TERAPIA GRATUITA A CORTO PLAZO

- ✓ *Estrés y ansiedad*
- ✓ *Problemas maritales/de pareja*
- ✓ *Duelo, pérdida y adaptaciones en la vida*
- ✓ *Abuso de sustancias*
- ✓ *Manejo de la depresión menor*

Su beneficio incluye 8 sesiones de terapia individuales por miembro de la familia, por asunto, por año sin costo alguno para usted.

SOLUCIONES PARA LA VIDA LABORAL Y PERSONAL

Obtenga la ayuda que necesite cada día con las soluciones para la vida laboral y personal. Llame al número que se indica al final de la página para recibir ayuda con temas, que incluyen:

- ✓ *Buscar cuidado para los hijos, mascotas o personas de la tercera edad*
- ✓ *Encontrar una vivienda*
- ✓ *Buscar ayuda financiera*
- ✓ *Preparar un testamento*
- ✓ *Enviar a un hijo a la escuela*
- ✓ *Planificar un proyecto o evento importante*



RECURSOS EN LÍNEA

A través del sitio de Internet de ComPsych, usted tiene acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana, a información, herramientas y apoyo esenciales.

QUÉ ESPERAR

- *Descuentos en productos y servicios*
- *Videos, pódcast y artículos educativos*
- *Capacitaciones a pedido*
- *Obtenga respuestas personalizadas a sus preguntas con "Ask the Expert" (Pregúntele al Experto)*

CÓMO ACCEDER

1. *Visite guidanceresources.com*
2. *Haga clic en "Register" (Registrarse)*
3. *Ingrese la Id. de Internet:* ***KAIROSEAP***
4. *Termine de registrarse*
5. *Obtenga acceso a un sinfín de recursos*

DÓNDE BUSCAR ATENCIÓN

OPCIONES, OPCIONES, OPCIONES

Kairos ofrece abundantes opciones de atención de la salud entre las cuales usted puede elegir. A veces, esto puede resultar abrumador. No deje que sea así. Guarde esta guía para que le ayude a decidir dónde ir.

TELADOC	ATENCIÓN DE URGENCIA	MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA O ESPECIALISTA	SALA DE EMERGENCIAS
$	$$	$$	$$$$
• *Dolor de garganta* • *Síntomas leves de resfrío y gripe* • *Condiciones de la piel* • *Terapia a corto plazo*	• *Reacción alérgica* • *Cortaduras que requieren puntos de sutura* • *Quemaduras leves* • *Torceduras o distensiones* • *Sospecha de fracturas*	• *Controles o exámenes físicos* • *Atención preventiva/de bienestar* • *Enfermedades comunes* • *Vacunas antigripales y de otro tipo* • *Consejos de salud* • *Resurtidos de medicamentos* • *Pruebas de rutina*	• *Fracturas* • *Tos/vómitos con sangre* • *Dolor de pecho* • *Lesión en la cabeza o en los ojos* • *Envenenamiento o sobredosis* • *Quemaduras graves* • *Signos de derrame cerebral* • *Dificultad para respirar*
teladochealth.com	*umr.com*	*umr.com*	*umr.com*

Estos ejemplos son pautas generales, y es importante usar el propio criterio y consultar a los profesionales de atención de la salud a la hora de decidir dónde buscar atención. En caso de duda, en especial en situaciones potencialmente mortales, siempre es mejor pecar de precavido y buscar atención de emergencia.

RECURSOS ADICIONALES

Kairos ha creado un ecosistema de proveedores de alta calidad para garantizar que usted reciba la mejor atención con bajo costo o ningún costo, al mismo tiempo que se simplifica su experiencia de atención médica.

SERVICIOS DE LABORATORIO

Nos asociamos con **QuestSelect** *para ayudarle a ahorrar dinero en las pruebas de laboratorio para pacientes ambulatorios. Presente su tarjeta de identificación (ID)* **QuestSelect** *en el momento del servicio y solicitar a su proveedor que envíe sus pruebas de laboratorio a un establecimiento de Quest Diagnostics. Este beneficio cubre las pruebas de rutina para pacientes ambulatorios.*

SERVICIOS DE CIRUGÍA

Nos asociamos con proveedores de Arizona para ofrecer atención de la salud de alta calidad a un costo más bajo, lo que simplifica la experiencia de atención de la salud durante la cirugía.

- **Scottsdale Robotics:** *Cirugía de rodilla, articulaciones y cadera en Scottsdale, AZ*
- **AZGYN:** *Hysteroscopia, apendicectomía y otras cirugías de salud de la mujer en todo el valle en AZ*

ATENCIÓN DEL CÁNCER

La atención del cáncer está disponible a través de **Carrum Health** *Visite www.carrum.me/kairos para obtener más información.*

TERAPIA PARA EL CONSUMO DE SUSTANCIAS

Nos asociamos con **Carrum Health** *para ofrecerle terapia por consumo de sustancias, por ejemplo, servicios de desintoxicación, servicios para pacientes hospitalizados, tratamiento para pacientes ambulatorios y más. Hay varios centros dentro de la red en todo el país. Para buscar un centro y acceder a este programa, llame a Carrum al 855-729-3511.*

INSTRUCCIONES PARA INICIAR SESIÓN EN SIMON

Para inscribirse en sus beneficios, tendrá que iniciar sesión en el portal de beneficios en línea llamado SIMON en el siguiente enlace:

www.| kairos.simon365.com

USUARIOS POR PRIMERA VEZ

El primer día de su período de inscripciones abiertas, recibirá una invitación para crear un nombre de usuario y una contraseña de kairos@vimly.com. Si no está seguro de cuándo empieza y termina su período de inscripciones abiertas, consulte con la empresa para la cual trabaja.

CONSEJOS:

- ✓ *Si no ha recibido la invitación por correo electrónico, revise su carpeta de correo no deseado.*
- ✓ *Lo más probable es que la invitación por correo electrónico se le envíe a su dirección de correo electrónico laboral, pero si sigue sin verla, pruebe con su correo electrónico personal.*
- ✓ *Si ya ha probado lo anterior y aun así no puede encontrar la invitación, llame a Kairos.*

USUARIOS ACTUALES

Si usted anteriormente se inscribió en SIMON, iniciará sesión con el mismo nombre de usuario y contraseña que usó antes.

Ayuda con el nombre de usuario: *Si no está seguro del nombre de usuario que usó al registrarse por primera vez, pruebe con su dirección de correo electrónico laboral o personal. Si sigue teniendo problemas para recuperar su nombre de usuario, llame a Kairos.*

Ayuda con la contraseña: *Si no puede recordar su contraseña, seleccione el enlace* **"Forgot Password" (Olvidé la Contraseña)**. *Le enviarán un correo electrónico para crear su nueva contraseña.*

¿LISTO PARA COMENZAR? ¡CONSEJOS PARA LA INSCRIPCIÓN!

- ➢ *Vea y actualice sus opciones de planes de beneficios y sus beneficiarios del seguro de vida.*
- ➢ *Si inscribirá a un dependiente, asegúrese de tener su fecha de nacimiento (date of birth, DOB) y número del Seguro Social (social security number, SSN). Esta información es obligatoria.*
- ➢ *¿Su dirección está actualizada? Si no es así, asegúrese de actualizar su dirección para recibir los correos importantes.*
- ➢ *Reingrese sus contribuciones a la HSA. El IRS exige "resetearlas" cada año, por lo que usted debe reingresar sus contribuciones a la HSA, si las ofrece la empresa para la cual trabaja.*
- ➢ *Cuando termine de inscribirse, imprima una copia de la declaración de la confirmación de su inscripción.*

NO ESPERE...

No espere al último día para inscribirse en sus beneficios. ¿Por qué? Podría toparse con problemas técnicos, por ejemplo, haber olvidado sus datos de inicio de sesión, tener problemas para navegar por el sistema o quedarse atascado un fin de semana sin nadie que le ayude. Si lo deja para el último momento, corre el riesgo de perder su período de inscripciones abiertas. Por eso, en caso de duda, simplemente llame a Kairos y con gusto le ayudaremos a resolver cualquier inquietud.

DESCRIPCIÓN GENERAL DE LOS BENEFICIOS	DENTRO DE LA RED[3]	FUERA DE LA RED[3]
DEDUCIBLE[1]	$0/empleado $0/familia	$900/empleado $2,700/familiar
MÁXIMO DE DESEMBOLSO PERSONAL[2]	$7,350/empleado $14,700/familiar	$30,000/empleado $60,000/familiar
VISITAS AL CONSULTORIO/TELESALUD	Copago de $30 por visita al médico de atención primaria Copago de $40 por visita al especialista	Deducible, después el 50%
TELADOC	Sin deducible, $0	No disponible
ATENCIÓN DE URGENCIA	Copago de $100	Deducible, después el 50%
SALA DE EMERGENCIAS	Copago de $150	Copago de $150
SERVICIOS DE BIENESTAR Mamografías Colonoscopias Vacunas Visitas preventivas (para adultos/niños)	Sin deducible, $0	Deducible, después el 50%
CIRUGÍA COMO PACIENTE AMBULATORIO	$75 por servicio	
SERVICIOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	Copago de $250 por admisión	
ESTUDIOS POR IMÁGENES (tomografía computarizada [CT]/tomografía por emisión de positrones [PET], resonancia magnética nuclear [MRI])	Copago de $30	
ATENCIÓN DE LA SALUD EN EL HOGAR	Sin deducible, $0	
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA	Copago de $250 por admisión	
SERVICIOS DE REHABILITACIÓN	Copago de $30	
MEDICAMENTOS DE VENTA CON RECETA		
FARMACIAS DE VENTA AL POR MENOR (Hasta un suministro de 31 días)	• Genéricos: $15 • Preferidos: $30 • No preferidos: $50 • Especializados: No corresponde	
PEDIDO POR CORREO (Hasta un suministro de 90 días)	• Genéricos: $37.50 • Preferidos: $75 • No preferidos: $125	

IMPORTANTE: Tenga en cuenta que este es un plan protegido y la inscripción en este plan no está disponible.

[1] Este plan tiene un deducible integrado individual y un máximo de desembolso personal. Esto significa que, aunque el deducible y el máximo de desembolso personal se aplican a toda la familia, ninguna persona será responsable de pagar más que su deducible individual antes de que el plan pague beneficios para esa persona, y ninguna persona será responsable de pagar más que su máximo de desembolso personal individual. Todos los beneficios están sujetos al deducible, a menos que se indique lo contrario. El deducible del plan médico no se aplica a los copagos por medicamentos de venta con receta obtenidos en farmacias de venta al por menor ni a través de pedido por correo.

[2] El máximo de desembolso personal incluye los deducibles, los copagos y los coaseguros por todos los beneficios del plan médico y de medicamentos de venta con receta.

[3] Los deducibles y los máximos de desembolso personal dentro y fuera de la red son separados. Esto significa que las cantidades aplicadas para alcanzar el deducible y el máximo de desembolso personal dentro de la red tampoco se aplican para alcanzar el deducible ni el máximo de desembolso personal fuera de la red. De forma similar, las cantidades aplicadas para alcanzar el deducible y el máximo de desembolso personal fuera de la red tampoco se aplican para alcanzar el deducible ni el máximo de desembolso personal dentro de la red.

Nota: La información proporcionada anteriormente puede estar sujeta a cambios en cualquier momento.

CHOICE $1,000

DESCRIPCIÓN GENERAL DE LOS BENEFICIOS	DENTRO DE LA RED[3]	FUERA DE LA RED[3]
DEDUCIBLE[1]	$1,000/empleado $2,000/familiar	$1,700/empleado $3,400/familiar
MÁXIMO DE DESEMBOLSO PERSONAL[2]	$5,000/empleado $10,000/familiar	$30,000/empleado $60,000/familiar
VISITAS AL CONSULTORIO/TELESALUD	Copago de $30 por visita al médico de atención primaria Copago de $40 por visita al especialista	Deducible, después el 50%
TELADOC	Sin deducible, $0	No disponible
ATENCIÓN DE URGENCIA	Copago de $100	Deducible, después el 50%
SALA DE EMERGENCIAS	Deducible, después el 20%	Deducible, después el 20%
SERVICIOS DE BIENESTAR Mamografías Colonoscopias Vacunas Visitas preventivas (para adultos/niños)	Sin deducible, $0	Deducible, después el 50%
CIRUGÍA COMO PACIENTE AMBULATORIO	Deducible, después el 20%	
SERVICIOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	Copago de $250 por admisión	
ESTUDIOS POR IMÁGENES (tomografía computarizada [CT]/tomografía por emisión de positrones [PET], resonancia magnética nuclear [MRI])	Sin deducible, 20%	
ATENCIÓN DE LA SALUD EN EL HOGAR	Deducible, después el 20%	
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA	Deducible, después el 20%	
SERVICIOS DE REHABILITACIÓN	Copago de $30	

MEDICAMENTOS DE VENTA CON RECETA

FARMACIAS DE VENTA AL POR MENOR (Hasta un suministro de 31 días)	• Genéricos: $15 • Preferidos: $30 • No preferidos: $50 • Especializados: No corresponde
PEDIDO POR CORREO (Hasta un suministro de 90 días)	• Genéricos: $37.50 • Preferidos: $75 • No preferidos: $125

[1] Este plan tiene un deducible integrado individual y un máximo de desembolso personal. Esto significa que, aunque el deducible y el máximo de desembolso personal se aplican a toda la familia, ninguna persona será responsable de pagar más que su deducible individual antes de que el plan pague beneficios para esa persona, y ninguna persona será responsable de pagar más que su máximo de desembolso personal individual. Todos los beneficios están sujetos al deducible, a menos que se indique lo contrario. El deducible del plan médico no se aplica a los copagos por medicamentos de venta con receta obtenidos en farmacias de venta al por menor ni a través de pedido por correo.

[2] El máximo de desembolso personal incluye los deducibles, los copagos y los coaseguros por todos los beneficios del plan médico y de medicamentos de venta con receta.

[3] Los deducibles y los máximos de desembolso personal dentro y fuera de la red son separados. Esto significa que las cantidades aplicadas para alcanzar el deducible y el máximo de desembolso personal dentro de la red tampoco se aplican para alcanzar el deducible ni el máximo de desembolso personal fuera de la red. De forma similar, las cantidades aplicadas para alcanzar el deducible y el máximo de desembolso personal fuera de la red tampoco se aplican para alcanzar el deducible ni el máximo de desembolso personal dentro de la red.

Nota: La información proporcionada anteriormente puede estar sujeta a cambios en cualquier momento.

CHOICE $2,000 HDHP

DESCRIPCIÓN GENERAL DE LOS BENEFICIOS	DENTRO DE LA RED[3]	FUERA DE LA RED[3]
DEDUCIBLE[1]	$2,000/empleado $4,000/familiar	$2,850/empleado $5,700/familiar
MÁXIMO DE DESEMBOLSO PERSONAL[2]	$6,000/empleado $6,850/familiar	$18,000/empleado $28,000/familiar
VISITAS AL CONSULTORIO/TELESALUD	Deducible, después el 20%	Deducible, después el 50%
TELADOC	Sin deducible, $0	No disponible
ATENCIÓN DE URGENCIA	Deducible, después el 20%	Deducible, después el 50%
SALA DE EMERGENCIAS	Deducible, después el 20%	Deducible, después el 20%
SERVICIOS DE BIENESTAR Mamografías Colonoscopias Vacunas Visitas preventivas (para adultos/niños)	Sin deducible, $0	Deducible, después el 50%
CIRUGÍA COMO PACIENTE AMBULATORIO	Deducible, después el 20%	
SERVICIOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	Deducible, después el 20%	
ESTUDIOS POR IMÁGENES (tomografía computarizada [CT]/tomografía por emisión de positrones [PET], resonancia magnética nuclear [MRI])	Deducible, después el 20%	
ATENCIÓN DE LA SALUD EN EL HOGAR	Deducible, después el 20%	
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA	Deducible, después el 20%	
SERVICIOS DE REHABILITACIÓN	Deducible, después el 20%	
MEDICAMENTOS DE VENTA CON RECETA		
FARMACIAS DE VENTA AL POR MENOR (Hasta un suministro de 31 días)	• Genéricos: $10 • Preferidos: $35 • No preferidos: $60 • Especializados: No corresponde	
PEDIDO POR CORREO (Hasta un suministro de 90 días)	• Genéricos: $25 • Preferidos: $87.50 • No preferidos: $150	

[1] Este plan tiene un deducible no integrado y un máximo de desembolso personal. Esto significa que las familias que se inscriban en el plan tendrán que alcanzar el deducible familiar completo antes de que el plan pague beneficios para cualquier miembro de la familia (que no sea atención preventiva/de bienestar). También significa que el máximo de desembolso personal se aplica a toda la familia en vez de aplicarse a los miembros individuales de la familia cubiertos. Todos los beneficios están sujetos al deducible, a menos que se indique lo contrario. El deducible del plan médico no se aplica a los copagos por medicamentos de venta con receta obtenidos en farmacias de venta al por menor ni a través de pedido por correo.

[2] El máximo de desembolso personal incluye los deducibles, los copagos y los coaseguros por todos los beneficios del plan médico y de medicamentos de venta con receta.

[3] Los deducibles y los máximos de desembolso personal dentro y fuera de la red son separados. Esto significa que las cantidades aplicadas para alcanzar el deducible y el máximo de desembolso personal dentro de la red tampoco se aplican para alcanzar el deducible ni el máximo de desembolso personal fuera de la red. De forma similar, las cantidades aplicadas para alcanzar el deducible y el máximo de desembolso personal fuera de la red tampoco se aplican para alcanzar el deducible ni el máximo de desembolso personal dentro de la red.

Nota: La información proporcionada anteriormente puede estar sujeta a cambios en cualquier momento.

CHOICE $5,000 PPO

DESCRIPCIÓN GENERAL DE LOS BENEFICIOS	DENTRO DE LA RED[3]	FUERA DE LA RED[3]
DEDUCIBLE[1]	$5,000/empleado $10,000/familiar	$15,000/empleado $30,000/familiar
MÁXIMO DE DESEMBOLSO PERSONAL[2]	$6,750/empleado $13,500/familiar	$45,000/empleado $90,000/familiar
VISITAS AL CONSULTORIO/TELESALUD	Copago de $30 por visita al médico de atención primaria Copago de $60 por visita al especialista	Deducible, después el 50%
TELADOC	Sin deducible, $0	No disponible
ATENCIÓN DE URGENCIA	Copago de $100	Deducible, después el 50%
SALA DE EMERGENCIAS	Copago de $300	Deducible, después el 20%
SERVICIOS DE BIENESTAR Mamografías Colonoscopias Vacunas Visitas preventivas (para adultos/niños)	Sin deducible, $0	Deducible, después el 50%
CIRUGÍA COMO PACIENTE AMBULATORIO	Deducible, después el 30%	
SERVICIOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	Deducible, después el 30%	
ESTUDIOS POR IMÁGENES (tomografía computarizada [CT]/tomografía por emisión de positrones [PET], resonancia magnética nuclear [MRI])	Copago de $300	
ATENCIÓN DE LA SALUD EN EL HOGAR	Deducible, después el 30%	
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA	Deducible, después el 30%	
SERVICIOS DE REHABILITACIÓN	Copago de $30	

MEDICAMENTOS DE VENTA CON RECETA

FARMACIAS DE VENTA AL POR MENOR (Hasta un suministro de 31 días)	• Genéricos: $15 • Preferidos: $30 • No preferidos: $50 • Especializados: No corresponde
PEDIDO POR CORREO (Hasta un suministro de 90 días)	• Genéricos: $37.50 • Preferidos: $75 • No preferidos: $125

[1] Este plan tiene un deducible integrado individual y un máximo de desembolso personal. Esto significa que, aunque el deducible y el máximo de desembolso personal se aplican a toda la familia, ninguna persona será responsable de pagar más que su deducible individual antes de que el plan pague beneficios para esa persona, y ninguna persona será responsable de pagar más que su máximo de desembolso personal individual. Todos los beneficios están sujetos al deducible, a menos que se indique lo contrario. El deducible del plan médico no se aplica a los copagos por medicamentos de venta con receta obtenidos en farmacias de venta al por menor ni a través de pedido por correo.

[2] El máximo de desembolso personal incluye los deducibles, los copagos y los coaseguros por todos los beneficios del plan médico y de medicamentos de venta con receta.

[3] Los deducibles y los máximos de desembolso personal dentro y fuera de la red son separados. Esto significa que las cantidades aplicadas para alcanzar el deducible y el máximo de desembolso personal dentro de la red tampoco se aplican para alcanzar el deducible ni el máximo de desembolso personal fuera de la red. De forma similar, las cantidades aplicadas para alcanzar el deducible y el máximo de desembolso personal fuera de la red tampoco se aplican para alcanzar el deducible ni el máximo de desembolso personal dentro de la red.

Nota: La información proporcionada anteriormente puede estar sujeta a cambios en cualquier momento.

CUENTA DE AHORROS PARA LA SALUD (HSA)

Si usted se inscribe en un plan de salud con deducible alto (HDHP), cumple los requisitos para abrir una cuenta de ahorros para la salud con HealthEquity. Una cuenta de ahorros para la salud (Health Savings Account, HSA) es una cuenta de ahorros personal que le permite reservar dinero antes de impuestos de su sueldo para usarlo en gastos médicos calificados. Algunos ejemplos de gastos calificados incluyen los deducibles y los copagos, las visitas al consultorio, los medicamentos de venta con receta, las vacunas y los exámenes, ¡y mucho más!Algunos ejemplos de gastos calificados son: los deducibles y los copagos, las visitas al consultorio, los medicamentos de venta con receta, las vacunas y los exámenes, ¡y mucho más! Para obtener una lista completa, visite healthequity.com/kairos/qme.

Una vez que reciba su tarjeta de débito de HealthEquity, usted podrá usar su cuenta. Las nuevas tarjetas se emiten solamente para los que se inscriben por primera vez (o si vence una tarjeta existente). Dado que es su cuenta personal, comuníquese con HealthEquity si necesita una tarjeta de débito de reemplazo.

Ventajas de la HSA

Beneficio Triple en Impuestos

Las contribuciones son deducibles de impuestos, los fondos se incrementan sin responsabilidad impositiva y el dinero que se usa para gastos de salud no está gravado cuando se extrae.

Es Suyo para Siempre

El dinero de su HSA se transfiere cada año y es suyo, incluso si deja la empresa para la cual trabaja.

Incremente y Ahorre

Usted puede invertir los fondos y sus ganancias se incrementan exentas de impuestos. Después de los 65 años, usted puede usar la HSA como una cuenta tradicional para la jubilación y los fondos usados para gastos no médicos se tributarán como ingresos.

USTED ES ELEGIBLE PARA UNA HSA SI:

- *Está inscrito en un plan de salud con deducible alto calificado.*
- *No está cubierto al mismo tiempo por un plan de la empresa para la cual trabaja su cónyuge que no sea un HDHP.*
- *No está inscrito en Medicare ni en otro plan de atención de la salud no calificado.*
- *No puede figurar como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona.*

¿CUÁNTO PUEDE CONTRIBUIR?

NIVEL	CANTIDAD MÁXIMA
INDIVIDUAL	$4,400
FAMILIAR	$8,750
MAYORES DE 55 AÑOS	$1,000 adicionales

Aprenda a sacar el máximo provecho de su HSA
Haga clic en el enlace o escanee para ver un video breve

Usted puede contribuir la cantidad máxima estipulada por año calendario o desde el 1 de enero al 31 de diciembre. Esto es un poco diferente con respecto al año del plan de Kairos, que se extiende de julio a junio. ***Usted es responsable de verificar la elegibilidad y de calcular sus contribuciones (incluida cualquier contribución de la empresa) para que no excedan la cantidad máxima anual.***

CUENTA DE GASTOS FLEXIBLES (FSA)

Reserve dinero antes de impuestos para los gastos elegibles de atención de la salud y del cuidado de dependientes en una cuenta de gastos flexibles (flexible spending account, FSA) administrada por HealthEquity. Estas cuentas también se conocen como cuentas dirigidas por el consumidor (consumer-driven accounts, CDA). Usted decide cuánto quiere contribuir en cuotas iguales a lo largo del año.

	FSA PARA REEMBOLSOS MÉDICOS	FSA PARA FINES LIMITADOS	FSA PARA EL CUIDADO DE DEPENDIENTES
¿CUÁLES SON LOS LÍMITES ANUALES DE CONTRIBUCIÓN?	Hasta $3,400 (según la opción del plan de la empresa para la cual trabaja)	Hasta $3,400 (según la opción del plan de la empresa para la cual trabaja	Hasta $7,500 (el estado civil para efectos de la declaración fiscal y la participación en otros planes pueden afectar los límites de contribución)
¿PARA QUÉ SE PUEDE USAR UNA FSA?	Gastos médicos, dentales y de la vista elegibles que no estén ya cubiertos o deducidos de sus impuestos sobre los ingresos	Gastos dentales y de la vista elegibles que no estén ya cubiertos o deducidos de sus impuestos sobre los ingresos	Gastos elegibles del cuidado de los hijos
¿CÓMO SE HACEN LOS REEMBOLSOS?	El formulario de reclamo se envía por correo, por fax o a través del portal para empleados	El formulario de reclamo se envía por correo, por fax o a través del portal para empleados	El formulario de reclamo se envía por correo, por fax o a través del portal para empleados

NOTA: *Si está inscrito en un HDHP con una HSA, solamente puede contribuir a una FSA para fines limitados, que se usa para gastos dentales y de la vista elegibles. También recibirá una sola tarjeta de débito para usar los fondos de su HSA y FSA.*

¿DEBO SABER ALGO MÁS SOBRE LAS FSA?

Lo Usa o lo Pierde: *Todo el dinero reservado en la FSA se debe usar para pagar gastos elegibles durante el año del plan. Los reclamos para obtener un reembolso se pueden presentar hasta 90 días después de que finalice el año del plan, el 30 de junio. Después de eso, usted perderá los fondos.*

Planifique Detenidamente: *Su elección se mantiene en vigencia durante todo el año del plan (del 1 de julio al 30 de junio). Una vez que haga su elección, solamente podrá cambiar la cantidad de su contribución si tiene un cambio de situación que califique (consulte la página 4 para obtener información sobre los cambios de situación).*

Asegúrese de Cumplir: *El IRS define claramente los gastos elegibles, y solamente aquellos que cumplen con el Código de Impuestos Internos son elegibles para reembolso. En todos los casos, se debe conservar la documentación detallada de las transacciones.*

Cómo funciona su FSA

1

VISITE A UN PROVEEDOR

Visite a su proveedor médico/dental/de la vista/de medicamentos de venta con receta y proporciónele la información sobre su seguro.

2

EL PROVEEDOR FACTURA

Su proveedor enviará el reclamo a su seguro o puede facturarle a usted directamente.

3

PAGUE A SU PROVEEDOR

Use su Tarjeta Visa para la Atención de la Salud de HealthEquity para pagarle a su proveedor o pague en línea a través del portal para miembros de HealthEquity.

SEGURO DE DELTA DENTAL

El plan dental PPO a través de Delta Dental permite que usted y sus dependientes elegibles visiten a cualquier dentista o especialista sin una referencia. El plan también viaja con usted a cualquier lugar del país.

Si bien tanto los dentistas de PPO como los de Premier están dentro de la red, usted ahorrará más dinero si usa un dentista de PPO. Los costos de desembolso personal aumentan cuando se visita a un dentista no participante.

Delta Dental emite tarjetas de identificación para los nuevos afiliados. Si alguna vez necesita un reemplazo, comuníquese con Kairos o Delta Dental.

SELECT PLAN **DESCRIPCIÓN GENERAL**	*DENTISTA DE UN PLAN PPO, PREMIER O NO PARTICIPANTE*
DEDUCIBLE ANUAL[1]	*$50/persona* *$150/familia*
BENEFICIO MÁXIMO ANUAL[1]	*$1,500/persona*
SERVICIOS PREVENTIVOS Y DE DIAGNÓSTICO (DOS VECES AL AÑO)2 *Exámenes, fluoruro y limpiezas* *Radiografías* *Selladores: Para niños de hasta 18 años* *Mantenedores de espacio* *Mantenimiento periodontal*	*Sin deducible, $0*
SERVICIOS BÁSICOS *Empastes* *Tratamiento paliativo de emergencia* *Endodoncia: Tratamiento de conducto* *Periodoncia: Tratamiento para la enfermedad de las encías* *Cirugía oral: Extracciones quirúrgicas y simples*	*Deducible, después el 20%*
SERVICIOS MAYORES[3] *Reparación de corona* *Prostodoncia: Puentes, implantes, dentaduras postizas* *Reparación de dentaduras postizas y puentes*	*Deducible, después el 50%*
ORTODONCIA PARA NIÑOS *Frenos: Para niños de 8 a 19 años.* *(Las bandas se les deben colocar antes de los 17 años)* *Hay un máximo de por vida aparte de $1,500/persona por servicios de ortodoncia*	*Deducible, después el 50%*

[1] *Su beneficio máximo anual es una combinación de servicios dentro y fuera de la red.*
[2] *Los servicios preventivos se pagan con el beneficio máximo anual.*
[3] *Los servicios mayores tienen un período de espera de cinco años.*

BENEFICIO DE TERCERA LIMPIEZA DENTAL

Delta Dental ofrece un beneficio de una tercera limpieza dental para las personas con determinadas condiciones médicas que tienen repercusiones en la salud bucodental. Las investigaciones demuestran que el aumento de la frecuencia de las limpiezas dentales puede tener un gran impacto en la salud bucodental y desempeñar un papel importante en el control de condiciones como la diabetes, las enfermedades cardíacas, el embarazo, el cáncer, etc.

Los miembros que califiquen deben inscribirse en los beneficios preventivos mejorados para recibir la cobertura de una tercera limpieza dental. Comuníquese con Delta Dental al 800.352.6132 para inscribirse.

SEGURO DENTAL PREPAGADO DE TDA

Total Dental Administrators (TDA), una Compañía de EMI Health, brinda cuidado dental integral según una lista de tarifas predeterminadas. No hay deducibles, formularios de reclamo ni máximos de beneficios anuales ni de por vida. Los servicios están cubiertos solamente en el **estado de Arizona.**

DHMO PLAN **DESCRIPCIÓN GENERAL**	*COPAGO DENTRO DE LA RED*
SERVICIOS PREVENTIVOS/DE DIAGNÓSTICO	
Examen inicial	*$0*
Limpieza dental para adultos	*$0*
Visitas al consultorio	*$0*
SERVICIOS DE RESTAURACIÓN	
Amalgama (una superficie)	*$13*
Amalgama (dos superficies)	*$24*
Resina (una superficie)	*$29*
Resina (dos superficies)	*$40*
CORONA Y PUENTE	
Porcelana para la corona	*$495**
Reconstrucción del muñón para la corona	*$80*
ENDODONCIA	
Tratamiento de conducto (diente anterior)	*$195*
Tratamiento de conducto (molar)	*$399*
CIRUGÍA ORAL	
Extracción simple	*$40*
Impactación en tejido blando	*$90*
PRÓTESIS	
Dentadura postiza completa	*$615**
Dentadura postiza parcial	*$550**
PERIODONCIA	
Cirugía ósea/cuadrante	*$390*

La tabla anterior es tan solo un ejemplo de los servicios cubiertos. Para ver una lista completa, haga clic en el icono para consultar el plan de beneficios.

** El copago incluye los honorarios del laboratorio. Estos pueden variar; consulte a su proveedor para obtener más detalles.*

CÓMO SE USA SU PLAN

PASO 1: *Acceda al sitio de Internet de TDA antes de hacer una cita para acceder a los proveedores actuales. Seleccione el consultorio dental general para usted y sus dependientes.*

PASO 2: *Seleccione la red del plan dental de una Organización para el Mantenimiento de la Salud Dental (Dental Health Maintenance Organization, DHMO) e ingrese sus criterios de búsqueda.*

PASO 3: Anote el código del proveedor que aparece a la derecha del consultorio dental. *Usará este código para seleccionar su proveedor dental en el portal.*

PASO 4: *Después de su fecha de vigencia, puede programar una cita directamente con su proveedor.*

Comuníquese con el Servicio al Cliente de TDA al número que se indica a continuación si necesita cambiar su proveedor a mediados de año.

SEGURO DE LA VISTA DE VSP

Usar su beneficio de VSP Choice es fácil. Una vez que se haya inscrito, cree una cuenta en VSP.com, donde podrá revisar la información sobre su beneficio y buscar un oculista que sea adecuado para usted.

NO SE NECESITA TARJETA DE IDENTIFICACIÓN. *En su cita, dígale al personal del consultorio que usted tiene VSP. Es posible que le pidan más información personal para verificar su cobertura. Después de eso, ya está todo listo. Además, usted puede imprimir una tarjeta de identificación desde su cuenta en línea de VSP para tenerla como referencia.*

CHOICE PLAN DESCRIPCIÓN GENERAL	DENTRO DE LA RED COPAGO	FRECUENCIA
EXAMEN PREVENTIVO DE LA VISTA	$10	Cada 12 meses
CUIDADO MÉDICO ESENCIAL DE LA VISTA Estudio por imágenes de la retina para miembros diabéticos Exámenes adicionales para tratar desde conjuntivitis hasta cambios repentinos de visión	$20/examen	Según sea necesario
ANTEOJOS RECETADOS	$25	Consulte Marcos y Lentes
MARCOS Asignación de $200 para marcos de marcas renombradas Asignación de $180 para marcos Ahorro del 20% en las cantidades que excedan su asignación Asignación de $100 para marcos de Walmart/Sam's Club	Incluido en el copago de los anteojos recetados	Cada 12 meses
LENTES Lentes monofocales, bifocales con línea divisoria y trifocales con línea divisoria Lentes resistentes a los impactos para niños	Incluido en el copago de los anteojos recetados	Cada 12 meses
OPCIONES PARA LENTES Lentes progresivos estándar Protección UV Lentes progresivos de lujo Lentes progresivos personalizados	$0 $0 $95–$105 $150-$175	Cada 12 meses
LENTES DE CONTACTO (EN LUGAR DE ANTEOJOS) Asignación de $150; no se aplica el copago Examen para lentes de contacto (adaptación y evaluación)	Hasta $60	Cada 12 meses

DESCUENTOS EXCLUSIVOS PARA MIEMBROS

Eyeconic: *Ahorre hasta $220 en anteojos recetados, anteojos de sol y lentes de contacto con la tienda en línea de artículos para la vista de VSP. Navegue por la tienda aquí: eyeconic.com.*

Extras para los Miembros*: ¿Quiere acceder a más de $3,000 en ahorros? Visite es.vsp.com/offers para obtener ofertas con descuento en LASIK, lentes de contacto, aparatos auditivos y imucho más!*

SEGURO DE VIDA

SEGURO BÁSICO DE VIDA Y POR MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL (AD&D)

La empresa para la cual trabaja les ofrece a los empleados elegibles un seguro básico de vida y por muerte y desmembramiento accidental (accidental death & dismemberment, AD&D) por una cantidad de $50,000. Este beneficio no tiene costo para usted y la inscripción es automática.

La cantidad original se reduce a $22,500 a los 70 años, a $15,000 a los 75 años y a $10,000 a los 80 años.

Al inscribirse, usted debe designar a un beneficiario. Puede seleccionar a más de un beneficiario y puede comunicarse con la empresa para la cual usted trabaja para hacer cambios en cualquier momento.

SEGURO SUPLEMENTARIO DE VIDA Y POR MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL (AD&D)

Usted tiene la oportunidad de contratar una cobertura adicional de seguro de vida para usted, su cónyuge elegible y sus hijos dependientes. Usted es responsable de pagar el costo de este beneficio, según lo indicado en el resumen del plan. A diferencia del seguro básico de vida, la cantidad de su seguro suplementario de vida no se reducirá con la edad. Sin embargo, lo que usted paga como desembolso personal aumentará a medida que usted envejezca.

CANTIDADES DE LA COBERTURA

	USTED	SU CÓNYUGE	SUS HIJOS
CANTIDADES DISPONIBLES	$10,000–$500,000 en incrementos de $10,000 No puede exceder 5 veces su salario anual	$10,000–$250,000 en incrementos de $5,000 No puede exceder la cantidad combinada de sus beneficios básicos y suplementarios de vida	Hasta 15 días de vida: $1,000 De 15 días a 26 años: $1,000–$20,000 en incrementos de $5,000
CANTIDAD DE EMISIÓN GARANTIZADA	$250,000	$50,000	$10,000; $15,000; o $20,000.

PROCESO DE LA DECLARACIÓN DE SALUD

Es posible que usted tenga que llenar un formulario de declaración de salud (statement of health, SOH) para que se apruebe su seguro suplementario de vida. A continuación, se indican las personas que deben llenar un formulario.

Si se inscribe durante las inscripciones abiertas anuales y:

- *Elige el seguro suplementario de vida por primera vez*
- *Aumenta la cantidad del seguro suplementario de vida*

Si se inscribe como una nueva contratación y:

- *Elige una cantidad mayor a la cantidad de emisión garantizada de arriba*

Si no llena el formulario de declaración de salud, no se aprobará la cantidad solicitada.

Si se necesita un formulario de declaración de salud, comuníquese con la empresa para la cual trabaja o con Kairos al número que se indica a continuación. Deberá asegurarse de tener los números de grupo correspondientes cuando envíe el formulario para su aprobación.

SEGURO POR DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO

Puede elegir contratar una cobertura por discapacidad a corto plazo a través de MetLife. Este beneficio sustituye una parte de su remuneración previa a la discapacidad, menos los ingresos que se le pagaban realmente de otras fuentes por la misma discapacidad sin incluir ningún pago por enfermedad o vacaciones remuneradas. El seguro por discapacidad ayuda a proteger los ingresos de las personas que tienen problemas de salud imprevistos, y cubre los gastos asociados y el posible tiempo sin trabajar debido a una lesión o enfermedad no laboral.

El beneficio mensual por discapacidad no puede exceder el 66 2/3% de su salario, hasta un máximo semanal de $1,500.

Los beneficios comienzan después del período de eliminación de 7 días del plan y se pagan durante un período máximo de 26 semanas consecutivas de discapacidad. Este plan incluye la maternidad como parte de la cobertura y suele pagar seis semanas de beneficios por un embarazo normal.

LIMITACIONES DE CONDICIONES PREEXISTENTES

La póliza no cubre una enfermedad o lesión accidental que haya surgido en los tres meses anteriores a la fecha de vigencia de su plan. Además, para ser elegible para la cobertura durante el embarazo, usted debe quedar embarazada a partir de la fecha de vigencia del beneficio (p. ej., el 1 de julio si se inscribe durante las inscripciones abiertas).

¡IMPORTANTE!

- *Si recibe un aumento de sueldo, su seguro por discapacidad a corto plazo no aumenta automáticamente.*
- *Solamente puede inscribirse en esta cobertura durante las inscripciones abiertas o en caso de una nueva contratación.*
- *No puede dejar la cobertura hasta el siguiente período de inscripciones abiertas.*

¡IMPORTANTE!

Solamente puede inscribirse en esta cobertura durante las inscripciones abiertas o en caso de una nueva contratación.

No puede dejar la cobertura hasta el siguiente período de inscripciones abiertas.



INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA

Usted tiene la opción de elegir un plan integral con MetLife que le proporciona pagos únicos en efectivo además de cualquier otro pago que pueda recibir de su plan médico. A continuación, se indican algunos de los beneficios cubiertos en caso de ser hospitalizado por un accidente o una enfermedad.

BENEFICIOS CUBIERTOS	LÍMITES	SITUACIÓN	CANTIDAD
BENEFICIO DE ADMISIÓN	1 vez por año	Admisión	$500
		Unidad de Cuidados Intensivos (ICU) Admisión Suplementaria	$500
BENEFICIO DE INTERNACIÓN	15 días por año	Internación	$200
		Internación Suplementaria en la Unidad de Cuidados Intensivos	$200
BENEFICIO DE REHABILITACIÓN PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	15 días por año	Rehabilitación para Pacientes Hospitalizados	$200
BENEFICIO DE EXÁMENES DE SALUD	1 vez por año, por persona	Examen de Salud	$50

La cobertura de indemnización hospitalaria no incluye determinados centros, asilos de convalecencia, centros de convalecencia o centros de atención prolongada.

BENEFICIOS DE EXÁMENES DE SALUD DISPONIBLES

Al realizarse una prueba o un examen de detección cubiertos, usted y sus dependientes elegibles recibirán $50 cada año. Para ver los exámenes de detección cubiertos y enviar un formulario de reclamo, visite el sitio de Internet de Kairos o llame al número que se indica a continuación.

EJEMPLO DE BENEFICIO

Susan tiene dolor de pecho en su casa y, cuando se comunica con su médico, este le indica que vaya al hospital local. Al llegar, el médico examina a Susan y le informa que necesita ser admitida inmediatamente en la Unidad de Cuidados Intensivos para seguir evaluándola y tratándola. Después de un día en la Unidad de Cuidados Intensivos, Susan es trasladada a una habitación estándar y pasa dos días más para recuperarse en el hospital. Susan es dada de alta y referida a su médico de atención primaria para tratamiento de seguimiento y observación. Su médico de atención primaria ahora controla atentamente la salud general de Susan.

El beneficio se pagaría de la siguiente manera:

Admisión regular en el hospital	*$500*
Admisión suplementaria en la Unidad de Cuidados Intensivos	*$500*
Internación regular en el hospital (3 días)	*$600*
Internación suplementaria en la Unidad de Cuidados Intensivos (1 día)	*$200*

Total recibido: $1,800

COBERTURA PARA ENFERMEDADES CRÍTICAS

Usted tiene la opción de elegir un plan integral a través de MetLife que le proporciona pagos únicos en efectivo además de cualquier otro pago que pueda recibir de su plan médico. En la siguiente tabla, se indican los beneficios cubiertos en caso de tener una enfermedad crítica que califique, por ejemplo:

- ✓ *Cáncer (invasivo y no invasivo)*
- ✓ *Enfermedades cardiovasculares*
- ✓ *Fibrosis quística*
- ✓ *Diabetes Tipo 1*
- ✓ *Ataque cardíaco o derrame cerebral*
- ✓ *COVID-19*
- ✓ *Insuficiencia renal*
- ✓ *Quemaduras graves*

Hay más de 20 condiciones que califican. Consulte el certificado de cobertura para obtener más información. Y recuerde que hay disponible un beneficio de $50 para realizarse exámenes de salud por persona, por año.

Importante: *Se aplican limitaciones por condiciones preexistentes. Si se solicitó, recomendó, indicó o recibió asesoramiento, tratamiento o atención durante los tres meses anteriores a la fecha de vigencia de la cobertura, no se pagarán los beneficios si la condición cubierta se produce durante los seis primeros meses de cobertura.*

	BENEFICIO INICIAL	REQUISITOS
Empleado	*$10,000, $20,000 o $30,000*	*La cobertura está garantizada, siempre que usted esté activo en el trabajo*
Cónyuge/Hijos	*El 50% del beneficio inicial del empleado*	*La cobertura está garantizada, siempre que el empleado esté activo en el trabajo y el cónyuge/los hijos no estén sujetos a una restricción médica según lo establecido en el certificado.*

EJEMPLO DE BENEFICIO

Este ejemplo muestra cómo se pagaría el seguro contra enfermedades críticas a un empleado que eligió un beneficio de $20,000:

Ataque cardíaco	*Primer diagnóstico verificado*	*Beneficio inicial de $20,000 o el 100%*
Insuficiencia renal	*Primer diagnóstico verificado, dos años después*	*Beneficio inicial de $20,000 o 100%*
Ataque cardíaco	*Segundo diagnóstico verificado, cuatro años después*	*Beneficio por recurrencia de $20,000 o el 100%*

SEGURO CONTRA ACCIDENTES

Usted tiene la opción de elegir un plan integral a través de MetLife que le proporciona pagos únicos en efectivo además de cualquier otro pago que pueda recibir de su plan médico. La siguiente tabla muestra algunos de los beneficios/servicios cubiertos en caso de sufrir un accidente que califique.

***Importante:** Los beneficios se reducen en un 35% a los 65 años y nuevamente en un 50% a los 70 años.*

	CANTIDAD DEL BENEFICIO
LESIÓN ACCIDENTAL	
Fractura/Dislocación	*$200–$10,000*
Quemadura de Segundo o Tercer Grado	*$100–$15,000*
Conmoción Cerebral	*$500*
Coma	*$10,000*
TRATAMIENTO MÉDICO EN CASO DE ACCIDENTE	
Ambulancia	*Terrestre: $400/Aérea: $1,250*
Atención de Emergencia	*$100–$200*
Atención Inicial No de Emergencia/Seguimiento Médico	*$100*
Terapia (incluida la fisioterapia)	*$50*
HOSPITAL	
Admisión/Admisión Suplementaria en la Unidad de Cuidados Intensivos	*$1,500 el día de la admisión*
Internación/Internación Suplementaria en la Unidad de Cuidados Intensivos (se pagan hasta 15 días por accidente)	*$300 por día*
Rehabilitación para Pacientes Hospitalizados	*$200 por día*
OTROS	
Muerte accidental	*$50,000*
Pérdida funcional/desmembramiento accidental	*$1,000–$50,000*
Parálisis accidental	*$25,000-$50,000*
Alojamiento	*$200 por día*
Beneficio de exámenes de salud	*$50*

La tabla anterior es tan solo un ejemplo de los servicios cubiertos. Para ver una lista completa, consulte el resumen del plan.

EJEMPLO DE BENEFICIO

Molly, la hija de Kathy, estaba yendo a la escuela en bicicleta. En el camino, se cayó al suelo, quedó inconsciente y fue trasladada en ambulancia a la sala de emergencias local para recibir tratamiento. El médico de la sala de emergencias le diagnosticó una conmoción cerebral y un diente roto. Indicó una tomografía computarizada para ver si Molly también había sufrido fracturas faciales porque tenía la cara muy hinchada. Molly fue dada de alta y referida a su médico de atención primaria para tratamiento de seguimiento, y su dentista le reparó el diente roto con una corona.

Ambulancia (terrestre)	*$400*
Atención de emergencia	*$200*
Seguimiento médico	*$100*
Pruebas médicas	*$200*
Conmoción cerebral	*$500*
Diente roto (reparado con corona)	*$300*
Total recibido:	**$1,700**

COBERTURA LEGAL PREPAGADA

Nuestros planes legales a través de MetLife brindan acceso a una red nacional de más de 17,000 abogados para ayudarle a resolver las cuestiones importantes de la vida. A través del programa, usted puede realizar consultas con abogados por teléfono y en el despacho sobre una amplia variedad de asuntos legales.

VENTAJAS LEGALES PREPAGADAS

- ✓ *Asesoramiento telefónico y consulta en el despacho sobre una cantidad ilimitada de asuntos legales (se pueden aplicar exclusiones)*
- ✓ *Acceso a abogados en persona o por teléfono, por correo electrónico o a través de la aplicación móvil*
- ✓ *Garantía de devolución de dinero*
- ✓ *Sin deducibles ni copagos*
- ✓ *Sin formularios de reclamo*
- ✓ *Sin límites de uso*

Elija un plan que se adapte a sus necesidades.	*LOW PLAN (BAJO)*	*HIGH PLAN (ALTO) (ADEMÁS DE LOS BENEFICIOS DEL LOW PLAN)*
EL DINERO IMPORTA	• *Defensa en caso de cobranza de deudas* • *Defensa frente al robo de identidad* • *Negociaciones con acreedores* • *Pagarés* • *Defensa en caso de problemas de recaudación fiscal*	• *Servicios de LifeStages de recuperación de la identidad* • *Quiebra personal* • *Representación en auditorías de impuestos*
VIVIENDA Y BIENES RAÍCES	• *Escrituras* • *Defensa en caso de desalojo* • *Ejecución hipotecaria* • *Hipotecas* • *Asistencia con el depósito de seguridad* • *Negociaciones con inquilinos*	• *Disputas sobre límites territoriales y títulos de propiedad* • *Evaluaciones del impuesto sobre bienes inmuebles* • *Refinanciación y segunda hipoteca* • *Compra o venta de viviendas* • *Solicitudes de zonificación*
PLANIFICACIÓN DEL PATRIMONIO	• *Anexos* • *Testamentos complejos* • *Apoderados para la atención de la salud* • *Testamentos vitales* • *Poderes legales (financieros, para atención de la salud, para el cuidado de los hijos, para inmigración)* • *Testamentos simples*	• *Fideicomisos revocables e irrevocables*
ASUNTOS FAMILIARES Y PERSONALES	• *Declaraciones juradas* • *Curatela* • *Cartas de requerimiento* • *Defensa en caso de embargo del salario* • *Tutela* • *Cambio de nombre* • *Problemas con bienes muebles* • *Protección frente a la violencia intrafamiliar* • *Revisión de CUALQUIER documento legal personal* • *Audiencias escolares*	• *Adopción* • *Asistencia para la inmigración* • *Defensa en tribunales juveniles, incluidos asuntos penales* • *Asuntos de patria potestad* • *Acuerdo prenupcial*

Exclusiones: *Casos por conducir bajo los efectos (driving under the influence, DUI) de sustancias, divorcio, delitos graves, asuntos laborales, asuntos legales preexistentes.*
Para obtener una lista completa de los servicios cubiertos, consulte el documento del plan.

PROTECCIÓN DE AURA FRENTE AL ROBO DE IDENTIDAD

Proteger su información personal es más importante que nunca. Para ayudar a nuestros miembros a reducir el riesgo de que les roben la identidad, Kairos ofrece un paquete integral de beneficios a través de Aura.

Usted tiene la opción de inscribirse en uno de los tres planes que se ofrecen. Las contribuciones mensuales se deducirán de su sueldo.

SE REQUIERE UN PASO DE INSCRIPCIÓN APARTE. *Una vez que se inscriba, recibirá un correo electrónico de Aura con un enlace e instrucciones para terminar de registrarse. Debe realizar su elección antes de que finalice el período de inscripciones abiertas. Una vez que lo haga, no podrá cambiar su plan.*

Elija el plan que sea adecuado para usted.

	TOTAL	PREMIER	ULTIMATE
PROTECCIÓN FRENTE AL FRAUDE FINANCIERO			
Alertas y monitoreo de su informe crediticio	*1 Agencia*	*3 Agencias*	*3 Agencias*
Monitoreo de títulos de propiedad de viviendas y vehículos	✓	✓	✓
Asistencia para la prevención del fraude fiscal	✓	✓	✓
CreditLock de Experian			✓
Simulador de la calificación crediticia			✓
PROTECCIÓN FRENTE AL ROBO DE IDENTIDAD			
Asistente de privacidad	✓	✓	✓
Monitoreo de antecedentes penales y judiciales, y registros públicos	✓	✓	✓
Monitoreo de la Internet profunda	✓	✓	✓
Monitoreo de direcciones de USPS	✓	✓	✓
Alertas, control de la privacidad y monitoreo de redes sociales		✓	✓
PROTECCIÓN DE LA PRIVACIDAD Y DE LOS DISPOSITIVOS			
Administrador de contraseñas	✓	✓	✓
Monitoreo de direcciones IP	✓	✓	✓
Seguridad de wifi (VPN) y antivirus	*1 Dispositivo por Adulto*	*2 Dispositivos por Adulto*	*Dispositivos Ilimitados*
SEGURIDAD DE LA FAMILIA			
Caja fuerte digital	✓	✓	✓
Plan de protección para compartir con la familia	✓	✓	✓
Lista de verificación para la seguridad infantil	✓	✓	✓

Para obtener una lista completa de los servicios cubiertos, consulte el resumen del plan.

SEGURO PARA MASCOTAS NATIONWIDE

Consiga la mejor cobertura de salud para su perro o gato a través de su paquete de beneficios voluntarios. Nationwide ofrece planes mejorados que incluyen dos planes predeterminados, más la posibilidad de personalizar un plan según sus necesidades.

LAS VENTAJAS

- ✓ *Visite a cualquier veterinario, en cualquier lugar*
- ✓ *Los planes son exclusivos para los participantes de Kairos*
- ✓ *Presente un reclamo desde cualquier dispositivo*
- ✓ *Reciba un reembolso por gastos elegibles*

OPCIONES DEL PLAN MY PET PROTECTION	ACCIDENTES Y ENFERMEDADES	ACCIDENTES, ENFERMEDADES Y BIENESTAR	PERSONALIZABLE
Opciones de deducible anual	*$250*	*$250*	*De $100 a $500*
Nivel de reembolso	*80%*	*80%*	*50, 70 u 80%*
ACCIDENTES			
Máximo anual	*$5,000*	*$5,000*	*$2,500 o $5,000*
Fracturas, ataque de animales, atropellamiento por auto, envenenamiento, insolación, etc.	✓	✓	✓
ENFERMEDAD			
Máximo anual	*$5,000*	*$5,000*	*$2,500 o $5,000*
Infecciones de oído, diabetes, vómitos, alergias, cáncer, etc.	✓	✓	✓
CONDICIONES HEREDITARIAS Y CONGÉNITAS			
Máximo anual	*$5,000*	*$5,000*	*$2,500 o $5,000*
Displasia de cadera, ojo de cereza, displasia de codo, hernia umbilical, etc.	✓	✓	✓
BIENESTAR			
Máximo anual		*$450*	*$450 u $800*
Vacunación o análisis, prueba fecal, microchip, prevención del parásito del corazón, etc.		✓	✓
Esterilización o cuidado dental y una prueba adicional			✓

IMPORTANTE:

Este beneficio no se deduce de su sueldo.
Usted será responsable de pagar la prima mensual directamente a Nationwide.

Cuando esté listo para inscribirse, hágalo en el siguiente enlace.

ESTA GUÍA SOLAMENTE PRETENDE SER UNA BREVE DESCRIPCIÓN DE LOS BENEFICIOS DE SU PLAN

Esta guía intenta describir los detalles y cambios importantes de los planes de salud de Kairos de forma clara, sencilla y concisa. En caso de conflicto entre esta guía y la redacción de los documentos del plan, regirán los documentos del plan. Kairos se reserva el derecho a cambiar, modificar, suspender, interpretar o cancelar algunos o todos los beneficios o servicios en cualquier momento.



Exención de responsabilidad: Es responsabilidad de la empresa para la cual trabaja garantizar que se entreguen todos los avisos requeridos a los empleados y a sus dependientes cubiertos de manera puntual y precisa. El hecho de no proporcionar estos avisos puede acarrear importantes sanciones y consecuencias legales.

CAMBIOS A MEDIADOS DE AÑO EN SUS ELECCIONES DE BENEFICIOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD

IMPORTANTE: *Después de que finalice el período de inscripciones abiertas, por lo general no se le permitirá cambiar sus elecciones de beneficios ni agregar/eliminar dependientes hasta las inscripciones abiertas del año siguiente, a menos que usted tenga un evento de inscripción especial o un evento de cambio de situación a mediados de año según se indica a continuación:*

Evento de inscripción especial: Si usted rechaza su inscripción o la de sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a que tiene otra cobertura de un seguro de salud o de un plan de salud de grupo, es posible que usted pueda inscribirse e inscribir a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si la empresa para la cual trabaja deja de contribuir a su otra cobertura o a la de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 31 días después de que termine su otra cobertura o la de sus dependientes (o después de que la empresa deje de contribuir a la otra cobertura).

Además, si usted tiene un dependiente nuevo como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o puesta en adopción, quizás pueda inscribirse e inscribir a sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 31 días después del matrimonio, del nacimiento, de la adopción o de la puesta en adopción.

Usted y sus dependientes también pueden inscribirse en este plan si usted (o sus dependientes):

- *tiene(n) un cambio en la cantidad o la situación de los dependientes (por ejemplo, nacimiento, adopción, fallecimiento);*
- *tiene(n) un cambio en la situación laboral, el horario de trabajo o la residencia del empleado/cónyuge/dependiente que afecte la elegibilidad para los beneficios;*
- *tiene(n) una Orden Calificada de Beneficios Médicos para Manutención de Hijos (Qualified Medical Child Support Order, QMSCO);*
- *tiene(n) un cambio en el derecho a Medicare o Medicaid, o pierde(n) la elegibilidad para estos;*
- *tiene(n) ciertos cambios en el costo de la cobertura, la composición de esta o la reducción de la cobertura del plan del empleado o del cónyuge; y*
- *tiene(n) cobertura a través de Medicaid o de un Programa Estatal de Seguro de Salud para Niños (State Children's Health Insurance Program, S-CHIP) y usted (o sus dependientes) pierde(n) la elegibilidad para esa cobertura. Sin embargo, usted debe solicitar la inscripción en un plazo no mayor de 60 días después de que termine la cobertura de Medicaid o del Programa S-CHIP.*
- *comienza(n) a ser elegible(s) para un programa de asistencia con las primas a través de Medicaid o del S-CHIP. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días después de que se determine que usted es (o sus dependientes son) elegible(s) para dicha asistencia.*

Para solicitar una inscripción especial o para obtener más información, comuníquese con Kairos al 888.331.0222.

Evento de cambio de situación a mediados de año: Debido a que Kairos paga los beneficios antes de impuestos, estamos obligados a seguir las normas del Servicio de Impuestos Internos (IRS) con respecto a si se pueden cambiar los beneficios a mediados del año de un plan y cuándo. Los siguientes eventos pueden permitir ciertos cambios en los beneficios a mediados de año, si lo permite el IRS y el respectivo plan Section 125 Plan de la empresa para la cual trabaja, que es la autoridad definitiva:

- *cambio en el estado civil legal (por ejemplo, matrimonio, divorcio/separación legal, fallecimiento);*
- *cambio en la cobertura del plan del empleado o del cónyuge; y*
- *cambios según los derechos de inscripción especial y las licencias conforme a la Ley de Licencia Médica y Familiar (Family and Medical Leave Act, FMLA).*

Usted debe notificar al plan por escrito dentro de los 31 días a partir del cambio de situación a mediados de año. Para ello, comuníquese con la empresa para la cual trabaja. El plan determinará si su solicitud de cambio está permitida y, si es así, los cambios entrarán en vigencia prospectivamente el primer día del mes siguiente al evento de cambio de situación aprobado (excepto en el caso de los niños recién nacidos y adoptados, que están cubiertos retroactivamente a la fecha de nacimiento, adopción o puesta en adopción).

Perder la cobertura médica a través del Mercado no se considera un evento de vida que califica para Kairos, y no se le permitirá inscribirse en el plan a mediados de año. Sin embargo, usted puede dejar su cobertura médica para inscribirse en un plan del Mercado a mediados de año. Deberá proporcionar un comprobante de cobertura dentro de los 31 días a partir de su inscripción.

LEY DE DERECHOS SOBRE LA SALUD Y EL CÁNCER DE LA MUJER (WHCRA) DE 1998

Usted o sus dependientes pueden tener derecho a ciertos beneficios conforme a la Ley de Derechos de Salud y el Cáncer de la Mujer (Women's Health and Cancer Rights Act, WHCRA) de 1998. En el caso de las personas que reciban beneficios relacionados con una mastectomía, la cobertura se proporcionará de la manera que se determine en consulta con el médico tratante y la paciente para todo lo siguiente:

- *todas las etapas de reconstrucción del seno en el que se realizó la mastectomía;*
- *la cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica;*
- *prótesis; y*
- *tratamiento de complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema.*

Se aplican los límites del plan, los deducibles, los copagos y los coaseguros a estos beneficios. Para obtener más información sobre los beneficios de la Ley WHCRA, comuníquese con Kairos al 888.331.0222.

RECORDATORIO SOBRE EL AVISO DE PRIVACIDAD

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996 exige que los planes de salud cumplan con reglas de privacidad. El objetivo de estas reglas es proteger su información de salud personal para que no sea usada ni divulgada de manera inadecuada. Las reglas también le dan derechos adicionales con respecto al control de su propia información de atención de la salud.

El aviso de privacidad de la Ley HIPAA de este plan explica cómo el plan de salud de grupo usa y divulga su información de salud personal. Una copia de este aviso se publica en el sitio de Internet de Kairos en www.svc.kairoshealthaz.org.

ACCESO DIRECTO A UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP) Y A UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN OBSTÉTRICA/GINECOLÓGICA

Los planes médicos ofrecidos por Kairos no requieren la selección ni designación de un proveedor de atención primaria (primary care provider, PCP). Usted tiene la posibilidad de visitar a cualquier proveedor de atención de la salud de la red o fuera de la red; sin embargo, el pago del plan puede ser menor si usted usa un proveedor fuera de la red.

Además, no necesita autorización previa del plan ni de ninguna otra persona (ni siquiera de un proveedor de atención primaria) para obtener acceso a la atención obstétrica o ginecológica de parte de un profesional de atención de la salud que se especialice en obstetricia o ginecología. Sin embargo, es posible que el profesional de atención de la salud deba cumplir ciertos procedimientos, como obtener autorización previa para algunos servicios o seguir un plan de tratamiento previamente aprobado o procedimientos para hacer referencias. Para obtener una lista de los profesionales de atención de la salud participantes que se especializan en obstetricia o ginecología, comuníquese con Kairos al 888.331.0222.

REQUISITO DE PROPORCIONAR EL NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRIBUYENTE (TIN) O EL NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL (SSN) DE CADA AFILIADO DEL PLAN DE SALUD

La ley exige a las empresas que recopilen el número de identificación del contribuyente (taxpayer identification number, TIN) o el número del Seguro Social (Social Security number, SSN) de cada participante de un plan médico y que incluyan ese número en los informes que se entregan al IRS cada año. Si usted tiene un dependiente cubierto que aún no tiene un número del Seguro Social, puede visitar este sitio de Internet para solicitarlo: www.socialsecurity.gov/online/ss-5.pdf. Solicitar un número del Seguro Social es GRATIS.

Si usted todavía no ha proporcionado el número del Seguro Social (ni otro TIN) de cada dependiente inscrito en el plan de salud, comuníquese con la empresa para la cual trabaja.

DECLARACIÓN DE LA LEY DE REDUCCIÓN DE TRÁMITES

Según la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos de 1995 (Paperwork Reduction Act, PRA) (Ley Pública 104 -13) ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información, a menos que se exhiba un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El Departamento indica que una agencia federal no puede llevar a cabo ni patrocinar una recopilación de información, a menos que sea aprobada por la OMB conforme a la PRA y muestre un número de control de la OMB que sea actualmente válido, y el público no está obligado a responder a una recopilación de información, a menos que se exhiba un número de control de la OMB que sea actualmente válido. Consulte U.S.C.44 3507 Además, a pesar de cualquier otra disposición legal, ninguna persona puede estar sujeta a un recargo por no cumplir una recopilación de información si no se exhibe un número de control de la OMB que sea actualmente válido. Consulte U.S.C.44 3512.

Se calcula que el tiempo que requiere esta recopilación de información pública es de aproximadamente siete minutos por encuestado en promedio. Se alienta a las partes interesadas que envíen sus los comentarios sobre el cálculo aproximado de la cantidad de tiempo que requiere o sobre cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas las sugerencias para reducir el tiempo, a la Oficina para la Investigación y las Normas de la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos a: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210 or email ebsa.opr@dol.gov and reference the OMB Control Number 1210-0137.

RECORDATORIO SOBRE EL AVISO DE COBERTURA ACREDITABLE DE MEDICARE

Si usted o sus dependientes elegibles actualmente son elegibles para Medicare o comenzarán a serlo durante los próximos 12 meses, asegúrese de entender si la cobertura de medicamentos de venta con receta que elige a través de Chandler USD es o no acreditable con (tiene el mismo valor que) la cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare.

Kairos ha determinado que la cobertura de medicamentos de venta con receta de las siguientes opciones de planes de medicamentos de venta con receta es "acreditable": Choice $0 PPO, Choice $500 PPO, Choice $1,650 HDHP, y Choice $5,000 HDHP.

Si tiene preguntas sobre lo que esto significa para usted, lea el Aviso de Cobertura Acreditable de la Parte D de Medicare del plan, que puede solicitar a Kairos. Para ello, llame al 888.331.0222.

RECORDATORIO SOBRE LA COBERTURA DE COBRA

En cumplimiento con una disposición de la ley federal denominada continuación de la cobertura de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA), este plan les ofrece a sus empleados elegibles y a sus dependientes cubiertos (conocidos como beneficiarios que califican) la oportunidad de elegir la continuación temporal de su cobertura de salud de grupo cuando dicha cobertura finalizaría de otro modo debido a ciertos eventos (denominados eventos que califican).

Los beneficiarios que califican tienen derecho a elegir la cobertura de COBRA cuando ocurran eventos que califican y, como resultado de estos eventos, la cobertura para dichos beneficiarios finalice. Los beneficiarios que califican y que eligen la continuación de la cobertura de COBRA deben pagarla por su cuenta.

Entre los ejemplos de eventos que califican, se incluyen el fin del empleo por cualquier motivo que no sea una conducta inadecuada grave, la reducción de las horas de trabajo que hace que el empleado no sea elegible para la cobertura, el fallecimiento del empleado, el divorcio/la separación legal o que un hijo deje de ser un dependiente elegible.

Además de considerar a COBRA como una forma de continuar la cobertura, podría haber otras opciones de cobertura para usted y su familia. Sería conveniente que obtenga cobertura a través del Mercado de Seguros de Salud. (Visite https://www.healthcare.gov/.)

En el Mercado, usted podría ser elegible para un crédito fiscal que reduzca las primas mensuales de la cobertura del Mercado y puede consultar cuáles serán las primas, los deducibles y los costos de desembolso personal antes de tomar la decisión de inscribirse. Ser elegible para COBRA no limita su elegibilidad para la cobertura ni para un crédito fiscal a través del Mercado. Además, usted podría calificar para una oportunidad de inscripción especial en otro plan de salud de grupo para el que sea elegible (como el plan de un cónyuge) si solicita la inscripción dentro de los 30 días, aunque el plan generalmente no acepta personas inscritas tardíamente.

El período máximo de cobertura de COBRA suele ser de 18 o de 36 meses, según el evento que califica que haya ocurrido.

Para tener la oportunidad de elegir la cobertura de COBRA después de un divorcio/separación legal o de que un hijo deje de ser un dependiente en el plan, usted o un miembro de su familia deben informar ese evento al plan por escrito a más tardar 60 días después de que ocurra. El aviso se debe enviar a Kairos por correo de primera clase y debe incluir el nombre del empleado, el evento que califica, la fecha del evento y la documentación correspondiente que respalde el evento que califica (como los documentos de divorcio).

Si tiene preguntas sobre COBRA, comuníquese con Kairos al 888.331.0222.

ASISTENCIA CON LAS PRIMAS CONFORME A MEDICAID Y AL PROGRAMA DE SEGURO DE SALUD PARA NIÑOS (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o para el Programa de Seguro de Salud para Niños (Children's Health Insurance Program, CHIP), y usted es elegible para la cobertura de salud de la empresa para la cual trabaja, es posible que su estado tenga un programa de asistencia con las primas que pueda ayudar a pagar la cobertura con los fondos del CHIP o de Medicaid. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid ni para CHIP, no serán elegibles para estos programas de asistencia con las primas, pero es posible que puedan contratar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros de Salud. Para obtener más información, visite www.cuidadodesalud.gov/es.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o en el CHIP, y viven en uno de los estados que se indican a continuación, comuníquese con la oficina de Medicaid o del CHIP de su estado para saber si ofrecen asistencia con las primas.

Si usted o sus dependientes actualmente NO están inscritos en Medicaid ni en CHIP, y cree que usted o alguno de sus dependientes podrían ser elegibles para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o de CHIP de su estado, llame al 1-877-KIDS-NOW o visite espanol.insurekidsnow.gov para saber cómo solicitarlos. Si califica, pregunte a su estado si tiene un programa que podría ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por la empresa para la cual trabaja.

Si usted o sus dependientes son elegibles para la asistencia con las primas conforme a Medicaid o al CHIP, así como para el plan de la empresa para la cual trabaja, esta debe permitirle inscribirse en su plan si usted aún no está inscrito. Esto se llama oportunidad de·"inscripción especial", y usted debe solicitar la cobertura en un plazo de 60 días a partir de que se determine que es elegible para la asistencia con las primas.

Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en el plan de la empresa para la cual trabaja, comuníquese con el Departamento de Trabajo a través de www.askebsa.dol.gov o llame al 1-866-444-EBSA (3272).

ASISTENCIA CON LAS PRIMAS CONFORME A MEDICAID Y AL PROGRAMA DE SEGURO DE SALUD PARA NIÑOS (CHIP)

Si usted vive en uno de los siguientes estados, puede ser elegible para recibir asistencia con el pago de las primas del plan de salud de la empresa para la cual trabaja. La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de julio de 2025. Para obtener más información sobre elegibilidad, consulte a su estado.

Para saber si algún otro estado ha agregado un programa de asistencia con las primas desde el 31 de julio de 2025, comuníquese con el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos al 866.444.3272 o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos al 877.267.2323.

ALABAMA – Medicaid

Sitio de Internet: http://myalhipp.com/
Teléfono: 1-855-692-5447

ALASKA – Medicaid

El Programa de Pago de la Prima del Seguro de Salud de AK
Sitio de Internet: http://myakhipp.com/
Teléfono: 1-866-251-4861
Correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com
Elegibilidad para Medicaid: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx

ARKANSAS – Medicaid

Sitio de Internet: http://myarhipp.com/
Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)

CALIFORNIA – Medicaid

Sitio de Internet del Programa de Pago de la Prima del Seguro de Salud (Health Insurance Premium Payment, HIPP):
http://dhcs.ca.gov/hipp
Teléfono: 916-445-8322
Fax: 916-440-5676
Correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov

COLORADO – Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)

Sitio de Internet de Health First Colorado:
https://www.healthfirstcolorado.com/es/
Centro de Contacto para Miembros de Health First Colorado:
1-800-221-3943/Servicio de Retransmisión del Estado 711
CHP+: https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus
Servicio al Cliente de CHP+: 1-800-359-1991/Servicio de Retransmisión del Estado 711
Programa de Adquisición de Seguros de Salud (Health Insurance Buy-In Program, HIBI): https://www.mycohibi.com/
Servicio al Cliente del HIBI: 1-855-692-6442

FLORIDA – Medicaid

Sitio de Internet:
https://www.flmedicaidtplrecovery.com/flmedicaidtplrecovery.com/hipp/index.html
Teléfono: 1-877-357-3268

GEORGIA – Medicaid

Sitio de Internet del HIPP de GA: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp
Teléfono: 678-564-1162, Presione 1
Sitio de Internet de la Ley de Reautorización del Programa de Seguro de Salud para Niños (Children's Health Insurance Program Reauthorization Act, CHIPRA) de GA: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra
Teléfono: 678-564-1162, Presione 2

INDIANA – Medicaid

Programa de Pago de las Primas del Seguro de Salud
Todos los demás programas de Medicaid
Sitio de Internet: https://www.in.gov/medicaid/
http://www.in.gov/fssa/dfr/
Administración de Servicios Sociales y Familiares
Teléfono: 1-800-403-0864
Teléfono del Departamento de Servicios a los Miembros: 1-800-457-4584

IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)

Sitio de Internet de Medicaid:
Iowa Medicaid | Departamento de Salud y Servicios Humanos
Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366
Sitio de Internet de Hawki:
Hawki - Healthy and Well Kids in Iowa | Health & Human Services
Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563
Sitio de Internet del HIPP: Programa de Pago de las Primas del Seguro de Salud (HIPP) | Departamento de Salud y Servicios Humanos (iowa.gov)
Teléfono del HIPP: 1-888-346-9562

KANSAS – Medicaid

Sitio de Internet: https://www.kancare.ks.gov/
Teléfono: 1-800-792-4884
Teléfono del HIPP: 1-800-967-4660

KENTUCKY – Medicaid

Sitio de Internet del Programa de Pago de la Prima del Seguro de Salud Integrado de Kentucky (Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program, KI-HIPP):
https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx
Teléfono: 1-855-459-6328
Correo electrónico: KIHIPP.PROGRAM@ky.gov
Sitio de Internet del Programa de Seguro de Salud para Niños de Kentucky (Kentucky Children's Health Insurance Program, KCHIP): https://kynect.ky.gov
Teléfono: 1-877-524-4718
Sitio de Internet de Medicaid de Kentucky: https://chfs.ky.gov/agencies/dms

LOUISIANA – Medicaid

Sitio de Internet: www.medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp
Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o
1-855-618-5488 (LaHIPP)

MAINE – Medicaid

Sitio de Internet de Inscripción:
https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US
Teléfono: 1-800-442-6003
TTY: Servicio de retransmisión de Maine: 711
Página de Internet de Primas de Seguros de Salud Privados:
https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms
Teléfono: 1-800-977-6740
TTY: Servicio de retransmisión de Maine: 711

MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP

Sitio de Internet: https://www.mass.gov/masshealth/pa
Teléfono: 1-800-862-4840
TTY: 711
Correo electrónico: masspremassistance@accenture.com

MINNESOTA – Medicaid

Sitio de Internet:
https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/
Teléfono: 1-800-657-3672

MISSOURI – Medicaid

Sitio de Internet: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm
Teléfono: 573-751-2005